

Ergotherapie – ein Mehrwert in der beruflichen Integration!

Die Rolle der Ergotherapie in der beruflichen Integration bei Menschen nach erlittenem Schädelhirntrauma

Naomi Hilpert
Matrikelnummer:

Sarah Weber
Matrikelnummer:

Departement Gesundheit
Institut für Ergotherapie
Studienjahr: 2019
Eingereicht am: 06. Mai 2022
Begleitende Lehrperson: Maren Kneisner

**Bachelorarbeit
Ergotherapie**

Anmerkung der Autorinnen:

Die Urheberinnen der vorliegenden Bachelorarbeit werden als «Autorinnen» bezeichnet. Der Begriff «Forschende» wird für jene Personen verwendet, welche referenzierte Literatur publiziert haben.

Begriffe, deren Erstnennung mit einem Stern * markiert sind, werden im Glossar (Anhang A) aufgelistet und definiert. Falls bei der Übersetzung von der englischen in die deutsche Sprache die Wortbedeutung verändert werden würde oder eine gleichwertige Übersetzung fehlt, werden die Begriffe in englischer Sprache belassen, in Anführungszeichen «...» gesetzt, ebenfalls mit einem Stern * markiert und im Glossar erläutert.

Begriffe, für die Kurzformen vorhanden sind, werden bei der Erstnennung ausgeschrieben und die Abkürzung dahinter in Klammern [...] genannt. Danach werden jeweils die Kurzformen verwendet. Alle verwendeten Abkürzungen sind im Abkürzungsverzeichnis aufgelistet.

Damit in der Bachelorarbeit die geschlechtergerechte Sprache eingehalten wird, verwenden die Autorinnen wo möglich die neutrale Form. Sofern das Geschlecht der Personen bekannt ist, wird nur die jeweilige Form benutzt. Für die Rollen des Rollen-Kompetenz-Profiles wird die englische Form verwendet.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Einführung in die Thematik	1
1.2	Problemstellung.....	1
1.3	Bezug zur ergotherapeutischen Praxis.....	3
1.4	Ziel und Fragestellung.....	4
1.5	Ein- und Abgrenzung.....	5
2	Theoretischer Hintergrund.....	6
2.1	Berufliche Integration in der Schweiz	6
2.2	Arbeit.....	7
2.3	Aufgabe.....	7
2.4	Schädelhirntrauma	8
2.5	Rollen-Kompetenz-Profil nach Kneisner und Kalt (2020)	8
3	Methode	11
3.1	Systematische Literaturrecherche	11
3.2	Selektionsprozess	12
3.3	Beurteilung der Forschungsqualität	16
3.4	Datenanalyse.....	16
3.5	Veränderungen Ziel und Fragestellung	17
4	Ergebnis	18
4.1	Expert.....	20
4.1.1	Evaluation.....	20
4.1.2	Unterstützung des Selbstfindungsprozesses.....	21
4.1.3	Training von Fertigkeiten und Funktionen.....	22
4.1.4	Therapie am Arbeitsplatz.....	23
4.1.5	Arbeitsplatzanpassungen	23
4.1.6	Abgabe von Empfehlungen	24
4.1.7	Entlassungsplanung.....	24
4.2	Communicator	25
4.2.1	Vertrauensvolle Beziehungen.....	25
4.2.2	Informationsweiterleitung	26
4.3	Teamworker.....	27
4.3.1	Austausch mit Beteiligten	27

4.3.2	Struktur	28
4.4	Leader	29
4.4.1	Qualitätsstandards	29
4.5	Health Advocate	31
4.5.1	Fürsprecher	31
4.5.2	Leistungsanspruch	32
4.6	Scholar	33
4.6.1	Edukation	33
4.6.2	Schulung des Fachpersonals	34
4.7	Professional	35
4.7.1	Gesundheitsförderung	35
5	Diskussion	36
5.1	Durchführen der Evaluation	38
5.2	Unterstützen des Selbstfindungsprozesses	40
5.3	Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen	41
5.4	Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges	43
5.5	Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten	45
5.6	Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen	48
5.7	Durchführen von Edukation	49
5.8	Sich einsetzen für die Klientel	51
5.9	Zusammenfassung der Diskussion	53
6	Kritische Würdigung	58
6.1	Kritische Würdigung der Hauptstudien	58
6.2	Limitationen der Arbeit	62
7	Theorie-Praxis-Transfer	63
8	Schlussfolgerung	65
	Literaturverzeichnis	67
	Zusatzverzeichnisse	79
	Abbildungsverzeichnis	79
	Tabellenverzeichnis	80
	Abkürzungsverzeichnis	81
	Wortzahl	81
	Danksagung	82
	Eigenständigkeitserklärung	83

Anhang	84
A Glossar	84
B Rollen-Kompetenz-Profil nach Kneisner und Kalt (2020).....	94
C Rechercheprotokoll.....	107
D Selektionsprozess.....	119
E Studienzusammenfassung und -würdigung.....	122
F Zuteilung der gefundenen Ergebnisaspekte durch Naomi Hilpert.....	178
G Zuteilung der gefundenen Ergebnisaspekte durch Sarah Weber.....	184
H Vergleich Zuteilung der Kompetenzen aus den einzelnen Rollen	190

Abstract

Darstellung des Themas: Folgen eines Schädelhirntraumas können grosse Herausforderungen bei der Rückkehr ins Arbeitsleben mit sich bringen. Für viele Betroffene ist die berufliche Integration ein wichtiges Rehabilitationsziel. Obwohl die Ergotherapie Personen in diesen Herausforderungen gut unterstützen kann, ist sie in der Schweiz in diesem Arbeitsbereich selten anzutreffen.

Ziel: Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen und zu begründen, welches Wissen und welche Fertigkeiten nach dem sogenannten «Rollen-Kompetenz-Profil» die Ergotherapie in der Schweiz bei der beruflichen Integration von erwachsenen Menschen nach erlittenem Schädelhirntrauma einbringen und welche Aufgaben sie dabei übernehmen kann.

Methode: Mittels einer systematischen Literaturrecherche wurden fünf Hauptstudien ermittelt und anschliessend kritisch gewürdigt. Die Autorinnen teilten die Studienergebnisse unabhängig voneinander den verschiedenen Rollen des Rollen-Kompetenz-Profiles zu. Daraus wurden mögliche ergotherapeutische Aufgaben abgeleitet sowie Kompetenzen beschrieben, welche die Ergotherapie einbringen kann.

Relevante Ergebnisse: Es zeigt sich, dass die Ergotherapie besonders in den Bereichen Evaluation, Unterstützen des Selbstfindungsprozesses, Trainieren der Fertigkeiten und Funktionen sowie Arbeitsplatzanpassungen ihr spezifisches Fachwissen einbringen kann.

Schlussfolgerung: Die Ergotherapie kann als Teil des interprofessionellen Behandlungsteams mit ihrer betätigungsfokussierten und ganzheitlichen Herangehensweise einen Mehrwert in der beruflichen Integration von Menschen nach erlittenem Schädelhirntrauma erbringen.

Keywords: occupational therapy, vocational rehabilitation, return to work, traumatic brain injury, competence, task

1 Einleitung

Die Einleitung beinhaltet die Einführung in die Thematik, die Problemstellung, den Bezug zur ergotherapeutischen Praxis, die Fragestellung und Zielformulierung sowie die Ein- und Abgrenzung des Themas.

1.1 Einführung in die Thematik

In der Schweiz erleiden laut der Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung (SSUV, 2021b) insgesamt circa 13'000 Personen jährlich ein Schädelhirntrauma [SHT]. Dabei seien rund 50 Prozent der Verletzten zum Zeitpunkt des Unfalls unter 35 Jahre alt. Aufgrund des Alters befindet sich ein Grossteil der Betroffenen in den produktivsten Arbeitsjahren. Die Rückkehr ins Arbeitsleben [«Return to Work», RTW] sowie die Wiedererlangung der beruflichen Teilhabe* sind für viele Personen nach erworbener Hirnschädigung* vorrangige Rehabilitationsziele (Fries & Reuther, 2016). Trotz einer grossen Motivation für den RTW, ist dieser nur bei 40 Prozent der Angestellten nach einer Hirnverletzung erfolgreich (van Velzen et al., 2009). Der RTW ist jedoch wichtig, weil dieser neben einer Verbesserung des Einkommens und des sozioökonomischen Status der Betroffenen auch eine Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie der körperlichen und geistigen Gesundheit bewirkt (Waddell et al., 2008). Meier und Semmer (2019) beschreiben, dass Arbeit das Gefühl vermitteln kann, wirksam für die Gesellschaft sowie kompetent zu sein. Zugleich strukturiere sie den Tagesablauf und gäbe soziale Anerkennung. Die Wichtigkeit der Arbeit und die positiven Auswirkungen auf den Alltag zeigen, dass Massnahmen zur beruflichen Integration Teil der Rehabilitation sein sollten. Die Eingliederung von Personen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen verfolgt auch der schweizerische Bund mit dem Grundsatz «Eingliederung vor Rente» (Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV], 2021).

1.2 Problemstellung

Von den 13'000 Betroffenen in der Schweiz erleben circa 11'100 ein leichtes SHT (SSUV, 2021a), und rund 1'900 Personen sind mittelschwer bis schwer betroffen. Menschen nach erlittenem SHT erleben Einschränkungen beim RTW durch körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen (Libeson et al., 2020). Weiter würden Defizite im Sozialverhalten und Persönlichkeitsveränderungen den RTW erschweren. Auch Fatigue* stellt eine wesentliche Einschränkung dar (Beaulieu, 2019) und Minderbelastbarkeit ist oft Grund für Überforderung bei der Arbeit (Fries & Reuther, 2016). Selbst leichte

Hirnverletzungen können zu dauerhaften Beeinträchtigungen führen, wie beispielsweise zu einer anhaltenden Aufmerksamkeitsstörung (Yasuda et al., 2001). Die Unsichtbarkeit gewisser Beeinträchtigungen, wie beispielsweise Fatigue oder Gedächtnisprobleme, führt infolge mangelnden Verständnisses über Auswirkungen einer Hirnverletzung oft zu negativen Reaktionen und verminderter Unterstützung durch Arbeitgebenden oder Mitarbeitenden (Gilworth et al., 2008). Die genannten Schwierigkeiten können den RTW erschweren und den Arbeitsplatz bedrohen. Ein drohender Verlust von Arbeit wird von vielen Betroffenen als kränkend erlebt (Fries & Reuther, 2016) und kann auch zu Identitätsveränderungen führen. Denn in westlichen Kulturen ist die Identität häufig eng mit der Arbeit verbunden, da diese zusätzlich eine soziale Rolle darstellt, welche oft grundlegend für die Persönlichkeit ist (Svensson et al., 2006). Bei der beruflichen Integration geht es daher auch um die Selbstachtung des Menschen und um seine Identität (Fries & Reuther, 2016).

Obwohl die Ergotherapie Betroffene nach einem SHT in den oben genannten Herausforderungen gut unterstützen könnte (siehe Kapitel 1.3 und 5), ist sie gemäss Meier (2020) in der Schweiz in diesem Arbeitsbereich selten anzutreffen. Die Finanzierung der Ergotherapie stellt in der beruflichen Integration ein grosses Hindernis dar. Die Kosten für ärztlich verordnete Ergotherapie werden in der Regel von der Kranken-, Unfall-, Militär- oder Invalidenversicherung [IV] übernommen (Gasser, 2021), wobei sich die Tarife nach den abgeschlossenen Tarifverträgen richten (ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS], 2022, n.d.). Von der IV werden ergotherapeutische Leistungen im Rahmen dieser Tarifverträge ausschliesslich dann übernommen, wenn es sich um medizinische Massnahmen zur Behandlung von Menschen mit Geburtsgebrechen handelt oder deren Eingliederung dient (EVS, 2019). Zusätzlich sei eine Verfügung der zuständigen IV-Stelle vorausgesetzt.

Im Bereich der beruflichen Eingliederung ist der grösste und wichtigste Kostenträger die IV (siehe Kapitel 2.1). Die IV beauftragt Leistungserbringer mit der Durchführung von vertraglich vereinbarten Eingliederungsmassnahmen* (Sozialversicherungsamt Aargau, 2019; vgl. IV-Stelle Wallis, 2022) und schliesst mit ihnen Leistungsvereinbarungen ab, in denen unter anderem die Kostenvergütung geregelt ist (BSV & Eidgenössisches Departement des Innern [EDI], 2022). Daraus lässt sich schliessen, dass die Ergotherapie einerseits Aufträge von der IV erhält sowie andererseits eine solche Leistungsvereinbarung mit der IV aushandelt oder im Einzelfall eine Einzelkostengutsprache erhalten muss, um von der IV finanzierte Leistungen anbieten zu

können. Es gibt einzelne Praxen, welche mit der IV eine solche Leistungsvereinbarung abschliessen konnten und nun von der IV finanzierte Massnahmen anbieten, aber es fehlt eine übergreifend geregelte Finanzierung ergotherapeutischer Leistungen (Meier, 2020). Zudem zeigt Meier (2015) auf, dass es bei Eingliederungsberatenden der IV an Wissen zum Berufsfeld Ergotherapie mangelt. Wird bedacht, dass die IV-Stellen Leistungserbringende mit der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen beauftragen, wäre es zentral, dass die Eingliederungsberatenden deren Wissen über die Ergotherapie und ihre Kompetenzen sowie über spezifische ergotherapeutische Aufgaben im Bereich der beruflichen Integration erweitern.

Der EVS beschäftigt diese Thematik, was sich auch dadurch zeigt, dass das Thema der beruflichen Integration beim EVS im Jahr 2020 Jahresschwerpunkt war. Daher hat er auch die Arbeitsgruppe «Berufliche Integration» gegründet, die sich für den Aufbau dieses Arbeitsbereiches engagiert (Gresch, 2020). In diesem Zusammenhang hat die Arbeitsgruppe dieses Themenfeld für eine Bachelorarbeit vorgeschlagen.

1.3 Bezug zur ergotherapeutischen Praxis

Die Ergotherapie möchte im Arbeitsfeld der beruflichen Integration mehr Fuss fassen. Der Weltverband der Ergotherapie (World Federation of Occupational Therapists [WFOT], 2013) beschreibt, dass die Ergotherapie Expertenwissen darüber verfügt, wie sie die Durchführung von Betätigungen* aller Art einschliesslich Erwerbstätigkeit bei Menschen fördern kann. Weitere Literatur, die bis auf die Frühzeit der Ergotherapie zurückgehen, zeigen zusätzlich den Stellenwert der Ergotherapie in diesem Bereich auf. Schon im Jahr 1968 wird in der Zeitschrift vom Schweizerischen Roten Kreuz (SRK, 1968, zitiert nach SRK, n.d.) erläutert, dass die Ergotherapie einen Beitrag zur beruflichen Rehabilitation leisten kann. Die Rolle der Ergotherapie in der beruflichen Integration widerspiegelt gemäss Kielhofner und Burke (1983, zitiert nach WFOT, 2017) die fundamentalen Prinzipien und Modelle, welche in der Arbeit der Ergotherapie seit ihrer Einführung wegweisend sind. 1997 wurde beispielsweise das ergotherapeutische Modell «Canadian Model of Occupational Performance»* [CMOP] veröffentlicht, bei dem die Arbeit ein wichtiger Bestandteil des Betätigungsbereichs «Produktivität» darstellt (Dehnhardt, 2012). Noch früher, im Jahr 1980, wurde das ergotherapeutische Modell «Model of Human Occupation»* [MOHO] veröffentlicht, in welchem erläutert wird, dass die Rolle des Arbeitnehmenden ein bedeutender Teil der Betätigungsidentität* einer Person ausmacht (Kielhofner, 2008). Menschen mit einem SHT erleben oft eine Veränderung ihrer Identität

(Klinger, 2005). Die Akzeptanz des neuen Selbst sei für eine erfolgreiche Betätigungsadaptation* von grundlegender Bedeutung. Kielhofner (2008) beschreibt die Betätigungsadaptation im MOHO als Interaktion mit der Umwelt*, um Betätigungskompetenz* und eine positive Betätigungsidentität zu erreichen. Laut Lee und Kielhofner (2010) wird das MOHO häufig als Leitfaden für arbeitsbezogene Interventionen verwendet.

Der WFOT (2013) begründet den Stellenwert der Ergotherapie in der beruflichen Integration unter anderem damit, dass sie die Leistungsfähigkeit der Klientel, ihr geistiger und körperlicher Zustand sowie ihre Umwelt betrachtet. Auch beziehe sie die Bedürfnisse der Klientel und Arbeitgebenden mit ein. Dies beschreibt den ganzheitlichen Ansatz, den die Ergotherapie verfolgt. Zudem sieht der WFOT (2017) das Wissen der Ergotherapie über Verletzungen und Krankheiten und deren Einfluss auf die Körperfunktionen* sowie ihr klientenzentriertes Handeln als weitere Argumente.

Jeder Mensch hat das gleiche Recht auf Arbeit (United Nations Organization [UNO], 2006) (siehe Kapitel 2.1) und Betätigung (WFOT, 2017), wobei die Arbeit eine solche Betätigung darstellt. Der Schutz des Rechtes auf Betätigung ist die Grundlage für gerechte Gesellschaften (WFOT, 2017). Verstösse gegen Betätigungsrechte sind Verstösse gegen Menschenrechte und stellen eine Betätigungsungerechtigkeit* dar (WFOT, 2017). Gemäss dem WFOT (2019) sind Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verpflichtet Betätigungsungerechtigkeit zu beseitigen.

Die oben beschriebenen Modelle, das klientenzentrierte Arbeiten und Einbeziehen der Umwelt, das Wissen über Krankheitsbilder und Betätigungsgerechtigkeit* beziehungsweise -ungerechtigkeit sind alles Bestandteile der Abschlusskompetenzen von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Schweiz, welchen den Bachelorstudiengang der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften [ZHAW] absolviert haben. Im Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) werden diese Abschlusskompetenzen beschrieben und im Kapitel 2.5 wird das Rollen-Kompetenz-Profil vorgestellt, da es ein zentrales Element der Bachelorarbeit darstellt.

1.4 Ziel und Fragestellung

Die vorliegende Bachelorarbeit wird im Auftrag der EVS-Expertengruppe «Berufliche Integration» geschrieben. Sie richtet sich an Fachpersonen, die an der beruflichen Integration von Personen nach SHT beteiligt sind. Das Ziel der Arbeit ist es, aufzuzeigen und zu begründen, welches Wissen und welche Fertigkeiten nach dem Rollen-Kompetenz-

Profil die Ergotherapie in der Schweiz bei der beruflichen Integration von erwachsenen Menschen nach erlittenem SHT einbringen und welche Aufgaben sie dabei übernehmen kann.

Die dafür formulierte Fragestellung lautet wie folgt: Welche Kompetenzen kann die Ergotherapie in der Schweiz bei der beruflichen Integration von erwachsenen Menschen nach erlittenem SHT einbringen und welche Aufgaben kann sie dabei übernehmen?

1.5 Ein- und Abgrenzung

Die Bachelorarbeit fokussiert sich auf Menschen nach erlittenem SHT ab dem Alter von 18 Jahren, bei denen die Rückkehr in den ersten Arbeitsmarkt erfolgt. Bei der Literaturrecherche wurden Studien bewusst ausgeschlossen, welche die Rückkehr von Betroffenen in eine Ausbildung oder in den zweiten Arbeitsmarkt untersuchten, weil sich die therapeutische Begleitung dieser Personen in Bezug auf die berufliche Integration deutlich unterscheidet. Diese Bachelorarbeit fokussiert sich auf die Rolle der Ergotherapie in der beruflichen Integration von Personen nach erlittenem SHT und grenzt sich dadurch von Arbeiten ab, welche die Ergotherapie im Zusammenhang mit der beruflichen Integration von Personen mit anderen neurologischen oder psychiatrischen Krankheitsbildern thematisieren. Weiter steht in der Arbeit nicht das Erleben des RTW im Vordergrund, auch die Wirksamkeit von Interventionen wird nicht überprüft.

2 Theoretischer Hintergrund

In diesem Kapitel werden wesentliche Begriffe der vorliegenden Bachelorarbeit diskutiert und definiert.

2.1 Berufliche Integration in der Schweiz

Seit der 5. Revision der IV im Jahr 2008 geht die Eingliederung einer Rentenzahlung klar vor (BSV, 2012). Bundesrat und Parlament versuchen stetig das System der IV weiterzuentwickeln, um Eingliederung zu ermöglichen und Invalidität* zu verhindern (BSV & EDI, 2021a). Die letzte Gesetzesrevision ist am 01. Januar 2022 in Kraft getreten. Mit geeigneten Massnahmen sorgt die IV dafür, dass Invalidität verhindert, vermindert oder behoben wird (Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV], 2022b). Der Grundsatz «Eingliederung vor Rente» dient einerseits der Einsparung von Kosten. Andererseits geht die Eingliederung aus verschiedenen Gesetzen und ratifizierten internationalen Verträgen klar als Pflicht hervor. Beispielsweise ist im 27. Artikel des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (UNO, 2006) festgehalten, dass jeder Mensch, egal ob mit oder ohne Behinderungen, das gleiche Recht auf Arbeit hat. Die Schweiz hat sich als Vertragsstaat dazu verpflichtet, das Recht auf Arbeit zu verwirklichen, indem sie unter anderem Programme fördert, die der beruflichen Integration von Menschen mit Behinderungen dienen und sicherstellen, dass angemessene Arbeitsplatzvorkehrungen getroffen werden (EDI, n.d.).

Da es in der Schweiz keine einheitliche Definition für berufliche Integration gibt, definieren die Autorinnen den Begriff gemäss Waddell et al. (2008) als alles, was jemandem mit einem Gesundheitsproblem hilft, auf dem Arbeitsmarkt zu bleiben oder dorthin zurückzukehren. Weitere Ausdrücke wie «Arbeitsrehabilitation», «RTW» oder «berufliche Eingliederung» werden in dieser Bachelorarbeit als Synonyme verwendet.

Im Bereich der beruflichen Integration gibt es unterschiedliche Kostenträger, welche Ausgaben für erforderliche Leistungen übernehmen. Dies kann beispielsweise die IV sein sowie die Unfall-, Taggeld- oder Arbeitslosenversicherung, die Sozialhilfe oder Selbstzahler. Gemäss Pro Infirmis (n.d.) ist als Versicherung primär die IV zuständig, wenn wegen Unfall oder Krankheit Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung notwendig wird. Da in dieser Bachelorarbeit die berufliche Integration nach einem SHT zentral ist, fokussieren sich die Autorinnen nachfolgend auf die IV.

Die IV ist eine obligatorische Versicherung, bei der alle in der Schweiz wohnhaften oder erwerbstätigen Personen versichert sind und die schweizweit im Zentrum der

Invaliditätsvorsorge* steht (BSV & EDI, 2021b). Sie hat zum Ziel, den Versicherten durch Eingliederungsmassnahmen oder Geldleistungen die Existenzgrundlage zu sichern, wenn sie invalid werden und spricht Leistungen, wenn versicherte Personen aufgrund Krankheit, Unfall oder Geburtsgebrechens von Invalidität betroffen sind (BSV & EDI, 2021b). Um Leistungen der IV beziehen zu können, muss bei der IV-Stelle eine Anmeldung eingereicht werden (AHV/IV, n.d.a). Nach erfolgter Anmeldung kann die IV Leistungen für unterschiedliche Frühinterventionsmassnahmen* und/oder Eingliederungsmassnahmen* sprechen. Ziele dieser Massnahmen sind die Wiederherstellung, die Verbesserung und den Erhalt der Erwerbsfähigkeit (AHV/IV, 2022a). Zur Umsetzung solcher Massnahmen gibt es verschiedene Institutionen und unterschiedliche Berufsgruppen, welche diese anbieten. Beispielsweise bieten medizinische Institutionen wie die Rehaklinik Bellikon (n.d.c), das Kompetenzzentrum rehapunkt (n.d.) und soziale Institutionen wie die Minira AG (n.d.) solche Massnahmen an. Wichtig dabei ist, dass zwischen der IV und den Anbietenden eine Leistungsvereinbarung besteht und die Anbietenden eine Verfügung der IV erhalten haben. In der Verfügung ist jeweils der Rahmen des Auftrags festgelegt (AHV/IV, n.d.b). Nur so würden die Institutionen ihre erbrachten Leistungen der IV in Rechnung stellen können.

2.2 Arbeit

Arbeit ist gemäss Pschyrembel (n.d., Abschnitt Arbeit [Soziologie]) eine «zweckorientierte, planvolle Tätigkeit des Menschen unter Einsatz von körperlichen, geistigen und emotionalen Kräften zur Herstellung von Werten (Produkte, Dienstleistungen)». Die Arbeit unterstütze die Existenzsicherung, könne unter Umständen der Selbstverwirklichung dienen aber auch als Last empfunden werden. Arbeit kann gemäss dem amerikanischen Berufsverband der Ergotherapie (American Occupational Therapy Association [AOTA], 2014) mit oder ohne finanzielle Entlohnung ausgeführt werden. Entlohnte Arbeit kann auf dem ersten wie auch dem zweiten Arbeitsmarkt erfolgen (Bundesamt für Statistik, n.d.). Auf dem ersten Arbeitsmarkt bestehen die Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse der freien Wirtschaft (AHV/IV, n.d.d).

2.3 Aufgabe

Gemäss ENOTHE-Terminologie* (Stadler-Grillmaier, 2007) wird eine Aufgabe definiert als eine Durchführung von Aktivität* oder eine Arbeit, welche von einer Person erwartet wird, oder der Person zu tun aufgegeben ist (Dudenredaktion, n.d.a).

2.4 Schädelhirntrauma

Ein SHT entsteht durch eine äussere Gewalteinwirkung auf den Schädel (Mattle & Mumenthaler, 2013), bei der es zu Verletzungen der Gehirnstrukturen sowie der Strukturen der Kopf- und Halsregion kommen kann (International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] Research Branch, 2017) und gehört zu den erworbenen Hirnschädigungen (FRAGILE Suisse, 2017). Je nach Stärke ist von einer einfachen Prellung ohne Beeinträchtigungen des Gehirns bis zu einer tiefgreifenden Hirnquetschung hin alles möglich (Mattle & Mumenthaler, 2013). Mittels der Glasgow-Coma-Scale* erfolgt die Ersteinschätzung der Betroffenen und die Einteilung in ein leichtes, mittelschweres oder schweres SHT (AMBOSS, 2022). Ein SHT ist mit verschiedenen Beeinträchtigungen in den kognitiven, physischen, psychologischen, emotionalen und verhaltensbezogenen Bereichen gekennzeichnet und variiert je nach Schweregrad (Wheeler & Acord-Vira, 2019). Beispielsweise können gemäss ICF Research Branch (2017) Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen sowie Funktionseinschränkungen der Muskelkraft und -spannung auftreten. Beeinträchtigungen, welche häufig den RTW erschweren, werden im Kapitel 1.2 genannt. Als Schlüssel zur Angabe des SHT kann der übergeordnete «International Classification of Diseases 11»* [ICD-11] Code «NA07: Intrakranielle Verletzung» genutzt werden (World Health Organization [WHO], 2022a). Je nach vorliegender Schädigung werden die entsprechenden Unter-codes zugeordnet.

2.5 Rollen-Kompetenz-Profil nach Kneisner und Kalt (2020)

Das Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) stellt ein eigenes «Framework»* dar und beschreibt die Abschlusskompetenzen des Bachelorstudiengangs Ergotherapie der ZHAW. Das Rollen-Kompetenz-Profil ist im Anhang B zur Einsicht eingefügt.

Das kanadische Modell CanMEDS 2015 bildete die Basis für die Ausarbeitung dieser Abschlusskompetenzen (Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz [FKG], 2021). Das CanMEDS Modell von Frank et al. (2015) ist ein Standard, welcher anfänglich für die Humanmedizin entwickelt und nachfolgend weltweit für Gesundheits- und andere Berufe angepasst wurde. Das Modell beschreibt erforderliche Kompetenzen von Gesundheitsfachpersonen, um den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen, für welche sie Leistungen erbringen, gerecht zu werden. Diese Kompetenzen sind sieben unterschiedlichen Rollen zugeteilt und diese Rollen sind unabhängig von den Gesundheitsberufen gleich (Frank et al., 2015). In Anlehnung an das CanMEDS Modell

wurden die Abschlusskompetenzen für verschiedene, definierte Gesundheitsberufe, mitunter der Ergotherapie entwickelt (FKG, 2021). Die Abschlusskompetenzen sind im Gesundheitsberufegesetz vom 30. September 2016 der Schweiz verankert und bestehen aus allgemeinen (Art. 3), persönlichen und sozialen (Art. 4) sowie berufsspezifischen Kompetenzen (Art. 5). Die berufsspezifischen Abschlusskompetenzen jedes Studienganges werden in der Gesundheitsberufekompetenzverordnung vom 13. Dezember 2019 weiter ausgeführt.

Alle Abschlusskompetenzen der Ergotherapie sind detailliert beschrieben im Rollen-Kompetenz-Profil (siehe Anhang B). Im Rollen-Kompetenz-Profil sind die Abschlusskompetenzen sieben Rollen zugeteilt (siehe Tabelle 1), die sich an die CanMED-Rollen anlehnen. Diese Kompetenzen bestehen wie ursprünglich von Frank et al. (2015) definiert aus Wissen, Fertigkeit und Haltung. Die Kompetenzen würden erforderliche Fähigkeiten* beschreiben, welche sich entwickeln und notwendig sind, um innerhalb eines bestimmten Bereichs effektiv arbeiten zu können. Wissen ist gemäss Hogrefe (n.d.b) die Menge von Informationen, welche aufgenommen sowie gespeichert und danach abgerufen oder weiterverarbeitet werden kann. Und die Fertigkeit wird von der ENOTHE-Terminologie (Stadler-Grillmaier, 2007) als durch Übung weiterentwickelte Fähigkeit bezeichnet, durch welche erfolgreiche Handlungen möglich sind.

Tabelle 1

Rollen nach dem Rollen-Kompetenz-Profil nach Kneisner und Kalt (2020)

Rollen	Beschrieb der zugehörigen Kompetenzen
Expert	1.1.1 Sie verstehen die grundlegenden, international anerkannten Konzepte und Theorien der Ergotherapie, der Betätigungswissenschaft* und der Bezugswissenschaften und wenden ihre Kompetenzen als Expertinnen und Experten in Betätigungsdurchführung effektiv an, um die gesellschaftliche Partizipation* von Klientinnen und Klienten zu ermöglichen.
	1.1.2 Sie führen und koordinieren den ergotherapeutischen Prozess klientenzentriert, betätigungsorientiert und in eigener Verantwortung durch.
	1.1.3 Sie bestimmen und begründen situativ angemessene, evidenzbasierte Befunderhebungs- und Interventionsmethoden und wenden diese korrekt an.
	1.1.4 Sie analysieren Betätigungen und Kontextfaktoren* und passen diese zielführend den Bedürfnissen von Klientinnen und Klienten an.
	1.1.5 Sie analysieren und berücksichtigen bei ihren Interventionen die sozialen, räumlichen, zeitlichen, kulturellen, institutionellen und politischen Kontextfaktoren.
	1.1.6 Sie nutzen Ressourcen, erkennen Einschränkungen und setzen Hilfsmittel ein, damit die Klientinnen und Klienten ihre angestrebte Betätigung durchführen können.

Rollen	Beschrieb der zugehörigen Kompetenzen
	1.1.7 Sie kennen die in der Ergotherapie und den Betätigungswissenschaften relevanten Forschungsmethoden und integrieren diese angemessen in ihre Behandlung.
Communicator	<p>2.1.1 Sie kommunizieren der Klientin, dem Klienten, der Situation und den vorhandenen Ressourcen angepasst und unterstützen ein geteiltes Verständnis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.</p> <p>2.1.2 Sie befähigen die Klientin und den Klienten durch ihren Kommunikationsstil und den Einsatz unterstützender Massnahmen darin, an der Entscheidungsfindung teilzuhaben und stärken sie oder ihn damit in seiner Autonomie.</p> <p>2.1.3 Sie zeigen sich sensibel im Umgang mit anderen, respektieren sie und befähigen ihre Klientin und ihren Klienten, für die eigenen Anliegen einzutreten.</p>
Teamworker	<p>3.1.1 Sie arbeiten respektvoll, lösungsorientiert und gleichberechtigt mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Ziel einer optimalen Versorgung der Individuen oder Patientengruppen zusammen.</p> <p>3.1.2 Sie bringen als Mitglieder eines professionellen und interprofessionellen Teams die ergotherapeutische Sichtweise ein, indem sie aufzeigen, wie die Handlungsfähigkeit* die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Partizipation des Menschen beeinflusst.</p>
Leader	<p>4.1.1 Sie organisieren ihre eigenen professionsspezifischen Tätigkeiten und zur Verfügung stehende Ressourcen nachhaltig und übernehmen gegenüber ihren Klientinnen und Klienten und sich selbst Verantwortung durch eine effiziente ergotherapeutische Dienstleistung.</p> <p>4.1.2 Sie engagieren sich im Rahmen des Qualitätsmanagements aktiv für die Effektivität ihrer Organisation und des Gesundheitssystems.</p> <p>4.1.3 Sie handeln nach gültigen Qualitätsstandards und überprüfen diese regelmässig.</p>
Health Advocate	<p>5.1.1 Sie unterstützen die Klientinnen und Klienten beim Finden und Verstehen relevanter Informationen und vermitteln ihnen Zugang und Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem.</p> <p>5.1.2 Sie setzen sich für eine inklusive und barrierefreie Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen ein.</p>
Scholar	<p>6.1.1 Sie unterstützen den eigenen Lernprozess sowie den von Kolleginnen und Kollegen [Klientinnen und Klienten], indem sie passende Lernbedingungen schaffen.</p> <p>6.1.2 Sie geben ihr spezifisches ergotherapeutisches Wissen an Klientinnen, Klienten, ihr Team und andere relevante Personen weiter.</p>
Professional	<p>7.1.1 Sie engagieren sich berufspolitisch für eine adäquate Positionierung und Repräsentation der Ergotherapie im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit.</p> <p>7.1.2 Sie berücksichtigen bei der Berufsausübung den Berufskodex* des EVS und den Ethik-Kodex des WFOT.</p> <p>7.1.3 Sie setzen ihre persönlichen Eigenschaften und Stärken zielführend zur Förderung der Weiterentwicklung der Profession Ergotherapie ein.</p>

3 Methode

Zur Bearbeitung der Fragestellung dieser Bachelorarbeit verwenden die Autorinnen die Form des Literaturreviews. In den folgenden Unterkapiteln wird das methodische Vorgehen detailliert beschrieben.

3.1 Systematische Literaturrecherche

Vor Beginn der systematischen Literaturrecherche wurden zur Fragestellung passende, deutsche Schlüsselwörter definiert und anschliessend auf Englisch übersetzt. Diese Begriffe wurden mit zusätzlichen Synonymen sowie passenden CINAHL Headings, MeSH Terms und Trunkierungen ergänzt. Eine Auflistung aller definierten Begriffe ist in der nachfolgenden Tabelle 2 zu finden. Im Laufe der Literaturrecherche wurde das Schlüsselwort «Intervention» und die dazu passenden Synonyme hinzugefügt, um die Suche zu erweitern.

Tabelle 2

Schlüsselworte, Keywords, Synonyme

Schlüsselworte	Keywords	Synonyme
Kompetenz	competence	ability, attributes, competency, expertise, knowledge, proficiency, qualification, skills, talent
Rollen	role	canmed, canmed role, character, framework, responsibility, role of occupational therapy, professional role
Aufgabe	task	duty, exercise, job, mission, purpose, responsibility, remit, work
Ergotherapie	occupational therapy	ergotherapist, ergotherapy, occupation, occupational therapist, OT, occupational th*, occupational ther*, occupational therap* CINAHL Headings: Occupational Therapy; Occupational Therapy Service MeSH-Terms: Occupational Therapy; Occupational Therapists
Berufliche Integration	vocational rehabilitation	back to work, job re-entry, job rehabilitation, job retention, occupational inclusion, occupational integration, occupational rehabilitation, professional rehabilitation, return to work, return to work programs, vocational integration, vocational therapy, work-directed, work integration, work reintegration, workrehab, work-related practice CINAHL Headings: Rehabilitation, Vocational; Job Re-Entry MeSh-Terms: Rehabilitation, Vocational; Return to Work
Intervention	intervention	approach, therap*, training, treatment

Schlüsselworte	Keywords	Synonyme
Arbeit	work	employment, job, productivity, vocational CINAHL Headings: work; job accommodation MeSH-Terms: work
Schädelhirn- trauma	traumatic brain injury	acquired brain injury, ABI, brain damage, brain injury, concussion, head injury, head trauma, mild traumatic brain injury, moderate traumatic brain injury, severe traumatic brain injury, TBI, traumatic head injury, Brain Injuries CINAHL Headings: Brain Injuries MeSH-Terms: Brain Injuries; Brain Injuries, Traumatic

Die Literaturrecherche erfolgte zwischen dem 05. Oktober 2021 und dem 03. Januar 2022 in den medizinisch-therapeutischen Datenbanken AMED, CINAHL, MEDLINE, OTseeker und PubMed. Bei der Datenbankauswahl wurde berücksichtigt, dass diese Studien den Fachbereich der Ergotherapie beinhalten. Um passende Literatur zu finden, wurden die in Tabelle 2 ersichtlichen Keywords, Synonyme, CINAHL Headings sowie Mesh-Terms mit den Bool'schen Operatoren «AND» und «OR» unterschiedlich kombiniert. Zusätzlich wurden Trunkierungen verwendet, um die Suche zu erweitern und um zu verhindern, dass relevante Treffer ausgeschlossen wurden. Das Publikationsjahr wurde in den Datenbanken aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe Tabelle 3) auf 2011-2021 eingegrenzt. Bei mehr als 100 Treffern wurde der Suchterm mit weiteren Keywords ergänzt, um die Suche einzugrenzen. Um eine noch reichhaltigere Literaturrecherche zu erreichen, wendeten die Autorinnen das Schneeballsystem an. Dabei wurden die Literaturverzeichnisse von passenden Studien nach interessanten Quellen durchforstet, deren Publikationsjahr jünger als 2011 war. Diese wurden in den Selektionsprozess integriert, wobei bereits gefundene Studie nicht erneut aufgeführt wurden. Die Autorinnen beendeten die Literatursuche, nachdem viele verschiedene Suchabfragen dieselben Treffer in den verschiedenen Datenbanken ergaben. Alle Suchverläufe sind im Anhang C ersichtlich.

3.2 Selektionsprozess

Um zur Beantwortung der Fragestellung passende Literatur zu finden, wurden die Treffer der Literatursuche anhand des Titels gesichtet. Passend empfundene Studien in Englisch oder Deutsch (siehe Tabelle 3), deren Volltexte verfügbar waren, wurden im Rechercheprotokoll aufgelistet. Falls in den Datenbanken der Volltext einer Studie nicht aufrufbar war, suchten die Autorinnen mittels Google Scholar und NEBIS danach. Konnte

der Volltext auf diese Weise weiterhin nicht besorgt werden, wurden die Hochschulbibliothek Winterthur und die Zentralbibliothek Zürich angefragt, ob sie den Zugang zur Studie hatten. Einige der Volltexte konnten im Netzwerk der Zentralbibliothek Zürich besorgt werden. Nach dem Aussortieren aller Dubletten und dem Einbeziehen von zwölf Studien aus dem Schneeballsystem wurden in einem weiteren Schritt bei den verbliebenen 53 Studien anhand des Abstracts überprüft, ob sie die in der Tabelle 3 ersichtlichen Ein- und Ausschlusskriterien erfüllen und sie einen Bezug zur Fragestellung aufweisen. Die Autorinnen schlossen die Studie von Soeker und Pape (2019) nicht aus, obwohl sie sich auf eine Population in Südafrika bezieht und somit keinen ähnlichen soziodemographischen Hintergrund wie die Schweiz aufweist (siehe Tabelle 3). In der genannten Studie wird ein ergotherapeutisches Modell untersucht, welches darauf abzielt, Personen nach einem SHT in die Arbeitswelt zurückzuführen. Diese Studie weist damit eine hohe klinische Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung auf. 15 Studien wurden anschliessend mit Fokus auf den Methoden- und Ergebnisteil quergelesen, von denen danach acht ausgeschlossen wurden. Die Gründe sind in der Abbildung 1 sowie dem Anhang D ersichtlich. Aus den letzten sieben Quellen wurden die in der Abbildung 1 aufgelisteten fünf Studien aufgrund der klinischen Relevanz als Hauptstudien ausgewählt. Diese Studien wurden durch mehrere Suchabfragen gefunden, von denen jeweils eine Suchabfrage in der Tabelle 4 abgebildet ist. Der Selektionsprozess ist in der Abbildung 1 ersichtlich und eine ausführlichere Darstellung dessen im Anhang D. Einige der ausgeschlossenen Quellen werden für die restliche Bachelorarbeit als ergänzende Literatur verwendet.

Tabelle 3

Ein- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Begründung
Population	>18 Jahre, erwerbsfähiges Alter, Status nach SHT	Personen in Ausbildung, berufliche Integration in den zweiten Arbeitsmarkt	Die Fragestellung bezieht sich auf die berufliche Integration von Menschen nach erlittenem SHT in den ersten Arbeitsmarkt.
Publikationsjahr	Ab 2011 bis 2021	Studien vor 2011	Mit der Eingrenzung des Publikationsjahr wird die Aktualität der Ergebnisse gewährleistet.

Kategorie	Einschlusskriterium	Ausschlusskriterium	Begründung
Herkunft	Land mit ähnlichem soziodemographischem Hintergrund wie die Schweiz	Entwicklungsländer, Länder mit grossen kulturellen Unterschieden	Ein ähnlich kultureller Kontext ermöglicht eine Übertragung der Studienresultate auf die Schweiz und verhindert, dass die Ergebnisse durch eine stark abweichende Arbeitskultur verzerrt werden.
Behandlungssetting	Keine Einschränkungen		Zur Beantwortung der Fragestellung sind Studien mit jeglichem Behandlungssetting möglich.
Sprache	Englisch, Deutsch	Andere Sprachen	Die Autorinnen besitzen nur in diesen beiden Sprachen ein vertieftes Textverständnis.
Ergotherapie	Ergotherapie als Profession in der Studie enthalten		Die Ergotherapie muss in der Studie enthalten sein, da dies für die Beantwortung der Fragestellung zentral ist.
Studiendesign	Keine Einschränkung		Es wurde keine Einschränkung definiert, um eine möglichst breite Auswahl an klinisch relevanten Studien zu finden.

Abbildung 1

Selektionsprozess

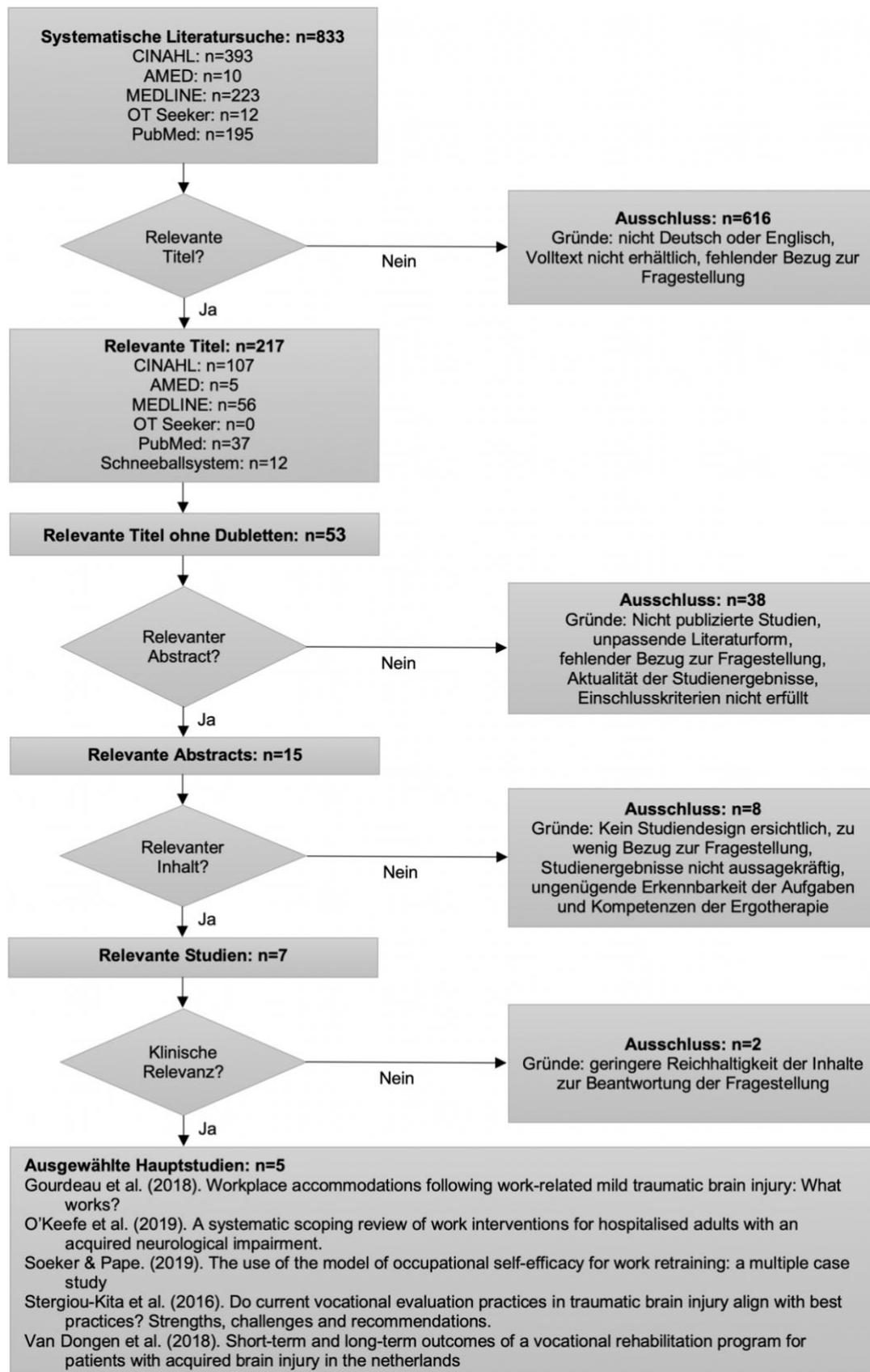


Tabelle 4*Suchabfragen*

Hauptstudie	Suchterm	Datenbank
Gourdeau et al. (2018)	((("Return to Work"[Mesh] OR "Rehabilitation, Vocational"[Mesh]) AND ("Brain Injuries, Traumatic"[Mesh])) AND (occupational therap*))	PubMed
O'Keefe et al. (2019)	(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND occupational th* AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)	CINAHL
Soeker und Pape (2019)	((vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy) AND Brain Injuries and (Competence or ability or attributes or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist))	MEDLINE
Stergiou-Kita et al. (2016)	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)	CINAHL
Van Dongen et al. (2018)	(Rehabilitation, Vocational/ AND Brain Injuries/ AND intervention)	MEDLINE

3.3 Beurteilung der Forschungsqualität

Vier der ausgewählten Studien wurden anhand des Arbeitsinstruments für ein Critical Appraisal [AICA] nach Ris und Preusse-Bleuler (2015) beurteilt und auf deren Qualität hin geprüft. Das AICA beinhaltet zwei unterschiedliche Hilfstabellen, mit denen sowohl qualitative als auch quantitative Literatur anhand von Leitfragen zusammengefasst und systematisch gewürdigt werden können. Zusätzlich wurden diese Studien nach den Gütekriterien von Lincoln und Guba (1985) beziehungsweise Bartholomeyczik et al. (2008) beurteilt. Für das kritische Beurteilen des Scoping Reviews von O'Keefe et al. (2019) wurde das Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2018) verwendet. Anschliessend wurde für alle Hauptstudien die Höhe der Güte bestimmt. Das Evidenzlevel wurde anhand der 6s-Pyramide (DiCenso et al., 2009) definiert. Die kritische Würdigung aller Studien sind in den ausgefüllten AICA-Tabellen und dem CASP Formular im Anhang E ersichtlich.

3.4 Datenanalyse

Aus den fünf Hauptstudien wurden in einem ersten Schritt verschiedene Aspekte herausgefiltert und schriftlich festgehalten, die in Bezug auf die Fragestellung relevant waren. Durch dieses Vorgehen konnte das Material reduziert werden, wobei die bedeutenden Inhalte bestehen blieben. Die notierten Aspekte wurden in einem zweiten Schritt durch die Autorinnen unabhängig voneinander den sieben Rollen des Rollen-

Kompetenz-Profils nach Kneisner und Kalt (2020) zugeteilt, welche als Kategoriensystem im Ergebnisteil dienen. Das Rollen-Kompetenz-Profil wurde ausgewählt, da es einen passenden Rahmen für die Beantwortung der Fragestellung bietet. Bei diesem zweiten Analyseschritt handelt es sich um eine deduktive* Vorgehensweise, bei welcher die Interrater-Reliabilität* berücksichtigt wurde. Die individuellen Zuteilungen beider Autorinnen befinden sich im Anhang F und G. 84 Prozent wurden identisch zugeordnet. Ungleich zugeteilte Aspekte wurden von den Autorinnen diskutiert, bis eine Einigung über die Zuordnung erzielt werden konnte. In einem weiteren Schritt wurden aus den der Rollen zugeordneten Aspekten Themenfelder gebildet, was der induktiven* Kategorienentwicklung entspricht (Mayring, 2010). Mithilfe dieser Themenfelder können die Inhalte der Hauptstudien im Ergebnisteil strukturiert präsentiert werden. Als nächster Schritt der Ergebnisanalyse markierten die Autorinnen unabhängig voneinander in einer Tabelle diejenigen Kompetenzen aus dem Rollen-Kompetenz-Profil, die mit dem jeweiligen Themenfeld in Verbindung gebracht werden konnten. Dabei wurden lediglich Kompetenzen derjenigen Rolle berücksichtigt, innerhalb der die Themenfelder eingeordnet wurden. Die individuellen Zuteilungen beider Autorinnen sind im Anhang H abgelegt. Dabei wurden 82 Prozent der Kompetenzen identisch zugeteilt. Die Uneinigkeiten wurden auch bei diesem Schritt diskutiert, bis ein Konsens gefunden wurde. Aufgrund der Themenfelder und den zugeordneten Studienergebnisse aus dem Ergebnisteil leiteten die Autorinnen in einem gemeinsamen Analyse- und Diskussionsverfahren mögliche Aufgaben für die Ergotherapie in der beruflichen Integration ab. Anhand dieser Aufgaben wurde der Diskussionsteil in Unterkapitel gegliedert.

3.5 Veränderungen Ziel und Fragestellung

Die Zielformulierung wurde im Verlauf der Schreibphase der Bachelorarbeit aufgrund der Genauigkeit leicht angepasst. Es wurde das Wort «kann» bei «einbringen und übernehmen» ergänzt, da die Ergebnisse lediglich auf die Schweiz übertragen werden. Auch die Satzgliederung der Fragestellung wurde minim verändert, um Missverständnisse zu vermeiden. Ursprünglich befanden sich die Wörter «in der Schweiz» nach dem SHT (siehe Kapitel 1.4).

4 Ergebnis

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der fünf Hauptstudien präsentiert. Die nachfolgende Tabelle 5 bietet eine Übersicht dieser Studien. Im Anhang E befinden sich die ausgefüllten AICA-Tabellen sowie das CASP Formular. Darin enthalten sind eine ausführlichere Zusammenfassung sowie die kritische Würdigung der Studien.

Tabelle 5

Übersicht der Hauptstudien

Forschende	Herkunftsland	Studienziel	Stichprobe	Methodisches Vorgehen
Gourdeau et al. (2018)	Kanada	Arten von Arbeitsplatzanpassungen untersuchen, die Personen nach einem milden, arbeitsbezogenen SHT gewährt wurden. Weiter sollen Faktoren untersucht werden, die Einfluss darauf hatten, wie und wem Anpassungen beim RTW gewährt wurden.	12 weiblich = 6 männlich = 6	- Qualitative, deskriptive Sekundäranalyse - Halbstrukturierte Interviews
O'Keefe et al. (2019)	Australien	Rehabilitationsmassnahmen zur Arbeitsrehabilitation von Personen mit einer erworbenen Hirnverletzung untersuchen, die während der stationären Rehabilitation beginnen. Dabei sollen Details über Assessments und Interventionen identifiziert und Faktoren hervorgehoben werden, welche die Integration solcher Massnahmen im stationären Bereich ermöglichen. Weiter sollen Wissenslücken zusammenfasst werden, um die Entwicklung von stationären Interventionen zu unterstützen.	28 Studien	- Systematic Scoping Review
Soeker und Pape (2019)	Südafrika	Untersuchen und Beschreiben der Erfahrungen von Personen mit einem milden oder mittelschweren SHT, bei denen das «Model of Occupational Self-Efficacy»* [MOOSE] für den RTW angewendet wurde.	10 weiblich = 2 männlich = 8	- Multiple Case Study - Halbstrukturierte Interviews

Forschende	Herkunftsland	Studienziel	Stichprobe	Methodisches Vorgehen
Stergiou-Kita et al. (2016)	Kanada	Darstellen der gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken von Fachpersonen aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen, welche Evaluationen und Behandlungen für Personen mit arbeitsbedingten SHT anbieten und deren Rehabilitation von einer bestimmten Versicherung übernommen werden. Diese Evaluationspraktiken werden verglichen mit den Empfehlungen der Leitlinie «Inter-professional Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury»* [IGVE-TBI]. Weiter sollen Förderfaktoren und Herausforderungen bei der Angleichung der beruflichen Evaluationspraktiken an die Empfehlungen der IGVE-TBI identifiziert werden.	13 weiblich = 12 männlich = 1	- Explorative qualitative Studie - Halbstrukturierte Interviews
van Dongen et al. (2018)	Niederlande	Evaluieren der Ergebnisse eines vier-monatigen, beruflichen Rehabilitationsprogrammes*, welches für die Arbeitsrehabilitation von Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung eingesetzt wird.	58 weiblich = 25 männlich = 33	- Deskriptive Kohortenstudie - Informationen aus medizinischen Unterlagen - Schriftlicher Fragebogen

Der Ergebnisteil ist in sieben Kapitel aufgeteilt, die den sieben Rollen aus dem Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) entsprechen. Für die Ergebnisdarstellung wurden die Studienergebnisse in einem deduktiven Verfahren (siehe Kapitel 3.4) in Themenfelder eingeteilt und den sieben Rollen aus dem Rollen-Kompetenz-Profil zugeordnet. Die Abbildung zu Beginn des jeweiligen Kapitels gibt einen Überblick über die der Rolle zugeordneten Themenfelder (siehe Abbildungen 2-8). Anschliessend werden die Studienergebnisse innerhalb der Themenfeldern als Fliesstext beschrieben. Das entsprechende Kapitel schliesst mit einer Tabelle, in der diejenigen Kompetenzen aus dem Rollen-Kompetenz-Profil markiert sind, die mit dem jeweiligen Themenfeld in Verbindung gebracht werden können (siehe Tabellen 6-12). Die Kompetenzbeschreibungen können mit den zugeordneten Nummern im Kapitel 2.5 nachgeschlagen werden.

4.1 Expert

Abbildung 2

Der Expert-Rolle zugeteilte Themenfelder



4.1.1 Evaluation

Die Ergebnisse der Studie von Stergiou-Kita et al. (2016) zeigen auf, dass zu Beginn der Evaluierungsphase der Evaluierungszweck und die wichtigsten Interessengruppen identifiziert werden und anschliessend die Zustimmung der Beteiligten durch ein zentralisiertes und festgelegtes Verfahren eingeholt wird. Als nächster Schritt werden Hintergrundinformationen über die Klientel inklusive Angaben zur «work history»* gesammelt (O’Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016). Es werden gemäss Stergiou-Kita et al. (2016) anhaltende Symptome sowie physische, kognitive, psychosoziale, kommunikative und funktionelle Fähigkeiten evaluiert. Weiter kommt in der Studie von Stergiou-Kita et al. (2016) wie auch im Review von O’Keefe et al. (2019) heraus, dass Arbeitsfertigkeiten («core-work skills») und arbeitsspezifische Fertigkeiten («work-specific skills») bewertet werden. Zu den Arbeitsfertigkeiten würden Fertigkeiten gehören, welche für alle Arbeitstätigkeiten erforderlich sind wie beispielsweise Problemlösung, Organisation eines Zeitplans sowie Einholen und Umsetzen von Feedback. Arbeitsspezifische Fertigkeiten sind Fertigkeiten, welche bezogen auf die Arbeit vor der Verletzung

Hilpert Naomi, Weber Sarah

spezifischer sind wie beispielsweise die Interpretation von Bauplänen für Bauarbeitende (O'Keefe et al., 2019). Van Dongen et al. (2018) erläutern, dass in ihrem Rehabilitationsprogramm die erste Erfassung der Behinderungen, Fähigkeiten sowie Wünsche der Klientel durch die Ergotherapie in Zusammenarbeit mit der Neuropsychologie ausgeführt wird. Das Erfragen der persönlichen Perspektive der Klientel gehört ebenfalls zum Evaluierungsprozess (O'Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016). Gemäss Untersuchungen von Stergiou-Kita et al. (2016) müssen Aussagen der Klientel jedoch öfters vom Evaluierenden objektiv überprüft werden, da die Berichte teilweise nicht repräsentativ für ihre tatsächlichen Fähigkeiten sind. Weiter werden berufliche Anforderungen, die physische Arbeitsplatzumgebung und die Arbeitskultur evaluiert (Stergiou-Kita et al., 2016; van Dongen et al., 2018). Diese Punkte sowie die Bewertung der verfügbaren Unterstützung und der Sicherheit am Arbeitsplatz werden häufig nur bei der Klientel erfragt und können häufig aufgrund eines eingeschränkten Zuganges zum Arbeitsplatz vom Evaluierenden nicht vor Ort erfasst werden (Stergiou-Kita et al., 2016). Zudem seien die Fachkräfte allgemein bei der Durchführung der Evaluation von der Versicherung durch strukturelle Vorgaben eingeschränkt. Stergiou-Kita et al. (2016) fordern, dass Fachpersonen durch die Bereitstellung zusätzlicher Zeit zur Kontaktaufnahme mit den Arbeitgebenden einen besseren Zugang zu Informationen über den Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld erhalten.

4.1.2 Unterstützung des Selbstfindungsprozesses

In den ersten beiden Phasen des MOOSE (Soeker & Pape, 2019) konzentriert sich die Ergotherapie unter anderem auf die Förderung des persönlichen Glaubens an funktionelle Fähigkeiten sowie den Einsatz der eigenen Person. Dabei unterstütze sie einen Prozess, welcher der Klientel hilft, sich den eigenen Fähigkeiten sowie Einschränkungen bewusst zu werden und das neue Arbeitspotenzial zu akzeptieren. Die Resultate von Soeker und Pape (2019) zeigen auf, dass es für die Klientel schwierig sein kann, nach der Verletzung ein neues Selbst zu schaffen und es anzunehmen. Dennoch wird in der zuletzt genannten Studie aufgezeigt, dass die Klientel mithilfe des durchlaufenen Prozesses des MOOSE Sinn und Zufriedenheit erlangte und für diese das Programm eine ganzheitliche Erfahrung war. Sich den eigenen Fähigkeiten bewusst zu sein, beeinflusst gemäss Gourdeau et al. (2018) den Erhalt angemessener Arbeitsplatzanpassungen und ist daher von Bedeutung. Neben der Kenntnis der eigenen Fähigkeiten sei jedoch auch derer Akzeptanz wichtig. Klientinnen und Klienten, welche sich mit ihrem neuen Funktionsniveau arrangieren, sind

Hilpert Naomi, Weber Sarah

besser in der Lage, selbstgesteuerte Kompensationsstrategien anzuwenden (Gourdeau et al., 2018). Weiter zeigen O'Keefe et al. (2019) auf, dass die Akzeptanz erworbener Einschränkungen sowie die Reflexion bereits erzielter Verbesserungen in der Rehabilitation beim Aufbau des Selbstvertrauens hilfreich sein können. Ein starkes Selbstvertrauen sei wichtig, um engagiert und mit Motivation an der Arbeitsrehabilitation teilzunehmen. Weiter stellt Gourdeau et al. (2018) es als wichtig dar, dass Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen ihrer Klientel vermitteln, wie sie für sich selbst einstehen können. Dies helfe besonders in Situationen, in denen die Arbeitgebenden nicht wissen, was die Klientel benötigt und in Fällen, in denen Arbeitgebende geforderte Arbeitsplatzanpassungen nicht unterstützen. Im MOOSE werden sowohl Einzel- als auch Gruppentherapien angewendet, um die Klientel in ihrem Prozess zu fördern, was sich gemäss folgendem Zitat eines Teilnehmenden als hilfreich erwies:

The groups helped me realize I was not the only one with the problem, I am not alone and it even showed me that I am physically and mentally better off than some of the others, and I even got a chance to advise other people, which made me feel like a human again. (Soeker & Pape, 2019, S. 5)

4.1.3 Training von Fertigkeiten und Funktionen

In der für das Review von O'Keefe et al. (2019) eingeschlossenen Literatur wurde das Einüben von Arbeitsfertigkeiten und arbeitsspezifischen Fertigkeiten als Intervention gefunden. Dabei würden Arbeitsfertigkeiten wie Kommunikation, Zeitmanagement und Teamarbeit in Gruppentherapien oder Stationsabläufen geübt werden. O'Keefe et al. (2019) zeigen in ihrem Review auf, dass physische und organisatorische Strukturen des stationären Umfelds ein Förderfaktor für RTW Interventionen sein können. Beispielsweise sei das Stationsumfeld so strukturiert, dass die Klientel Strategien zum Selbstmanagement einüben sowie Eigeninitiative zeigen können. Arbeitsspezifische Fertigkeiten hingegen werden individuell gefördert, da sie speziell auf die Arbeit der Klientel ausgerichtet sind (O'Keefe et al., 2019). Ausserdem erfordern diese mehr Ressourcen, einschliesslich spezifischen Equipments sowie eine Umgebung, welche für die Simulation der Arbeitsaufgaben geeignet ist (O'Keefe et al., 2019). Das Trainieren von Fertigkeiten erfolgt ebenfalls im MOOSE aus der Studie von Soeker und Pape (2019), wobei diese auch das Training von Funktionen* miteinbinden. Im MOOSE würden in den ersten beiden Phasen die Problemlösung, das Sozialverhalten sowie das Gedächtnis und die Konzentration trainiert werden. In der dritten Phase könne dann die Person mit der Hirnverletzung

speziell ihre arbeitsbezogenen Fertigkeiten trainieren. Die Erfahrungen der Teilnehmenden zeigen, dass sie eher negativ gegenüber papierbasierten Aktivitäten oder Anwendung von Gedächtnistechniken eingestellt sind und eine geringere Bereitschaft dafür aufweisen (Soeker & Pape, 2019). Die Teilnahme an arbeitsbezogenen Aktivitäten hingegen steigern gemäss Aussagen der Teilnehmenden ihr Selbstwertgefühl.

4.1.4 Therapie am Arbeitsplatz

In der Studie von Soeker und Pape (2019) erhält die Klientel im Rahmen der dritten Stufe des MOOSE die Möglichkeit ihre arbeitsbezogene Fertigkeiten in einem realen Arbeitsfeld unter Aufsicht der Ergotherapie zu trainieren. Diese Intervention wurde von den Studienteilnehmenden als sehr wichtig sowie förderlich erachtet (Soeker & Pape, 2019). In der vierten Stufe erfolge dann eine schrittweise Reduzierung der Unterstützung, bis die Klientel in der Lage ist, selbständig zu arbeiten. Die Ergotherapie fungiert in dieser Phase als eine Art Job Coach (Soeker & Pape, 2019). Auch das Rehabilitationsprogramm aus der Studie von van Dongen et al. (2018) sieht vor, dass die Klientel wöchentlich am Arbeitsplatz oder im Rehabilitationszentrum eine individuelle Unterstützung der Ergotherapie erhält.

4.1.5 Arbeitsplatzanpassungen

Gourdeau et al. (2018) beschreiben in ihrer Studie verschiedene Arbeitsplatzanpassungen, die Teilnehmende nach einem leichten SHT erhalten haben oder die, gemäss deren Aussagen zu einem erfolgreicherem Wiedereinstieg geführt hätten. Zu den formellen Anpassungen, die mit den Arbeitgebenden sowie am Prozess beteiligten Personen explizit besprochen werden müssen, zählen die oben genannten Forschenden abgeänderte Arbeitsaufgaben, ein schrittweiser Wiedereinstieg, abgeänderte Arbeitszeiten, einen Arbeitswechsel, einen Wechsel der Pendelstrecke, Gewährung von Zeit für Arzttermine, abgeänderte Pausen sowie eine angepasste Umwelt. Als informelle Anpassungen, die vom Arbeitnehmenden ohne Rücksprache initiiert werden können, gelten die Unterstützung von Mitarbeitenden und selbstgesteuerte Kompensationsstrategien zur Bewältigung anhaltender Symptome und um Gedächtnisschwierigkeiten sowie kognitive Herausforderungen zu bewältigen. Gourdeau et al. (2018) empfehlen, dass alle an der Rehabilitation beteiligten Gesundheitsfachpersonen wissen sollten, wie sie diese Anpassungen umsetzen können.

Dass ein Grossteil der Betroffenen Arbeitsplatzanpassungen benötigen, stellen auch van Dongen et al. (2018) in ihrer Studie fest.

4.1.6 Abgabe von Empfehlungen

Gourdeau et al. (2018) betonen in ihrer Studie, dass besonders das Gesundheitspersonal aus dem Bereich der Arbeitsrehabilitation sich in einer einzigartigen Position befindet, um Anpassungsempfehlungen wie beispielsweise ein schrittweiser Wiedereinstieg abzugeben. In der Studie von van Dongen et al. (2018) wird beschrieben, wie die Ergotherapie im Rahmen des Rehabilitationsprogramms Empfehlungen für eine Arbeitszeiterhöhung sowie Aufgabenausweitung bezüglich der einzugliedernden Person abgibt. Allerdings stellen Stergiou-Kita et al. (2016) fest, dass die Spezifität der Empfehlungen eingeschränkt sein kann, wenn detaillierte Informationen zu den Arbeitsanforderungen, zu den spezifischen Arbeitsplatzunterstützungen sowie der tatsächlichen Arbeitsleistung am Arbeitsplatz fehlen.

4.1.7 Entlassungsplanung

Die Entlassungsplanung ist gemäss O’Keefe et al. (2019) ein wesentlicher Bestandteil der RTW Massnahmen im stationären Setting. Die Planung der Entlassung beinhaltet das Organisieren des nachfolgenden Supports am Arbeitsplatz und gibt Auskunft darüber, welche Leistung die Klientel nach der Klinikentlassung erhalten sollte (O’Keefe et al., 2019). Der Prozess der Entlassungsplanung wird laut O’Keefe et al. (2019) häufig von einer Gesundheitsfachperson koordiniert, die über die Empfehlungen des gesamten Behandlungsteams informiert ist. Je nach Fall setzt sich diese Koordinationsperson mit dem Arbeitgebenden in Verbindung, um einen geeigneten RTW Plan auszuhandeln (O’Keefe et al., 2019).

Tabelle 6

Zuteilung der Kompetenzen aus der Expert-Rolle

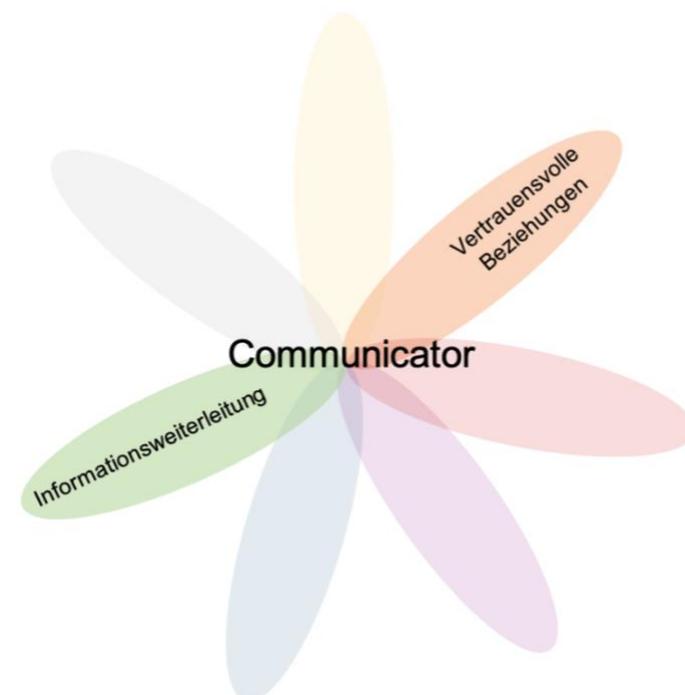
Themenfeld	Kompetenzen						
	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7
Evaluation		X	X	X	X		
Unterstützung des Selbstfindungsprozesses		X	X		X	X	

Themenfeld	Kompetenzen						
	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7
Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen	X	X	X		X		
Therapie am Arbeitsplatz	X	X	X	X	X	X	
Arbeitsplatzanpassungen	X	X	X	X	X	X	
Abgabe von Empfehlungen	X	X			X	X	
Entlassungsplanung		X			X		

4.2 Communicator

Abbildung 3

Der Communicator-Rolle zugeteilte Themenfelder



4.2.1 Vertrauensvolle Beziehungen

O'Keefe et al. (2019) empfehlen bei allen stationären Rehabilitationen eine Evaluierung der «work history» unabhängig davon, wie die Wahrscheinlichkeit des RTW von den Fachpersonen eingeschätzt wird. Der Austausch zwischen Fachpersonen und der Klientin oder dem Klienten über die Arbeit vor der Verletzung kann laut den Ergebnissen von

O’Keefe et al. (2019) dazu beitragen, dass die Klientel den Glauben an die eigene Arbeitsfähigkeit entwickelt, welcher als Förderfaktor für die Umsetzung der stationären RTW Interventionen eruiert wird. Es stellt sich heraus, dass es für die Klientel zudem wichtig ist, dass auch die Fachpersonen an die Arbeitsfähigkeiten ihrer Klientel glauben (O’Keefe et al., 2019). Teilnehmende berichten im Review von O’Keefe et al. (2019), dass ihre Bereitschaft für eine aktive Beteiligung an der stationären Arbeitsrehabilitation höher ist, wenn ihnen eine gewisse Verantwortung für ihren eigenen Wiedereingliederungsprozess übertragen wird. Auch die Zusammenarbeit mit den Angehörigen ist in der Arbeitsrehabilitation von grosser Bedeutung (O’Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016; van Dongen et al., 2018). Beispielsweise wird die Entlassungsplanung in Absprache mit der Klientel und deren Familie getroffen (O’Keefe et al., 2019). Stergiou-Kita et al. (2016) heben zudem die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden hervor, um Daten über das Arbeitsumfeld sowie die verfügbaren Arbeitsunterstützungen zu sammeln und um Arbeitgebende bezüglich Arbeitsplatzanpassungen zu beraten. Eine frühzeitige Kontaktaufnahme und transparente Kommunikation mit den Arbeitgebenden ist von Vorteil (Gourdeau et al., 2018; O’Keefe et al., 2019; van Dongen et al., 2018).

4.2.2 Informationsweiterleitung

Die Wichtigkeit des Weiterleitens von Informationen kommt in drei der fünf ausgewählten Studien hervor (O’Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016; van Dongen et al., 2018). Van Dongen et al. (2018) schildern, dass alle am Rehabilitationsprogramm beteiligten Personen sich am Runden Tisch austauschen. O’Keefe et al. (2019) unterstreichen die Wichtigkeit der klaren Kommunikation zwischen Fachpersonen sowie den Arbeitgebenden und Stergiou-Kita et al. (2016) nennen zusätzlich die Meldung der Evaluierungsergebnisse an die Versicherung.

Tabelle 7

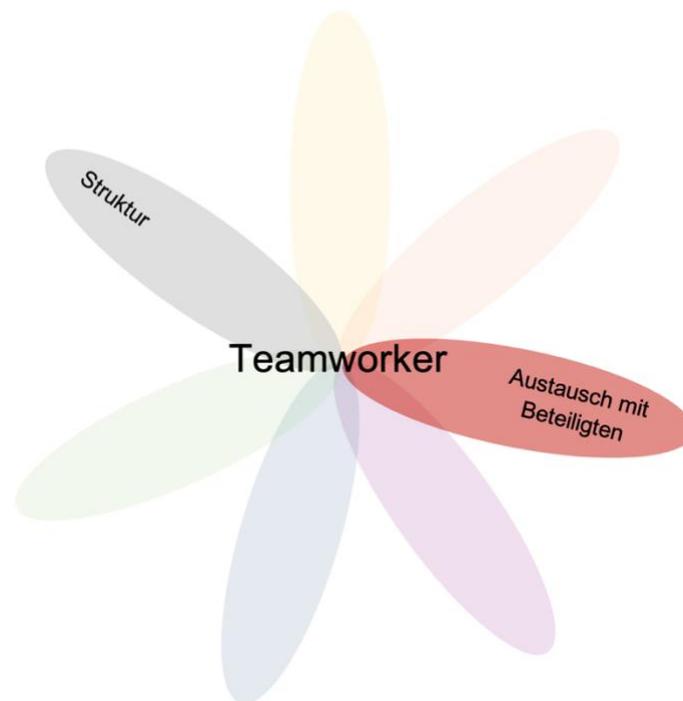
Zuteilung der Kompetenzen aus der Communicator-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen		
	2.1.1	2.1.2	2.1.3
Vertrauensvolle Beziehungen	X	X	X
Informationsweiterleitung	X		

4.3 Teamworker

Abbildung 4

Der Teamworker-Rolle zugeteilte Themenfelder



4.3.1 Austausch mit Beteiligten

Die Ergebnisse von vier der fünf Hauptstudien deuten darauf hin, dass der RTW in den Zuständigkeitsbereich vieler Gesundheitsfachpersonen fallen muss (Gourdeau et al., 2018; O'Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016; van Dongen et al., 2018). Van Dongen et al. (2018) nennen das Einbeziehen aller Beteiligten am Runden Tisch als eine mögliche Erklärung für die hohe Wiedereingliederungsrate nach dem Absolvieren ihres Rehabilitationsprogramms. Hierzu würde die Klientel sowie deren wichtigste Bezugsperson, das multidisziplinäre Rehabilitationsteam, die Arbeitsmedizinerin oder der Arbeitsmediziner, der Arbeitgebende und ein Teammitglied der Klientel gehören. Dies stehe im Einklang mit der niederländischen «Leitlinie für erworbene Hirnschädigungen und die Teilnahme am Arbeitsleben», welche ein aktives Engagement aller Beteiligten empfiehlt. Am Runden Tisch werden nach dem Rehabilitationsprogramm von van Dongen et al. (2018) beim ersten Treffen Anforderungen, Erwartungen und Möglichkeiten des RTW diskutiert und ein Konsens für die ersten Schritte der Arbeitsrehabilitation in Bezug auf Arbeitszeiten und Aufgaben erzielt. Am zweiten Treffen, acht Wochen nach Beginn des Programms, schildern alle Beteiligten ihre Erfahrungen bezüglich Erfolge und

Herausforderungen und die Arbeitszeiterhöhung, Aufgabenausweitung und Überlastungsgefahr werden besprochen sowie gemeinsam Entscheidungen darüber gefällt. Nach weiteren acht Wochen findet das letzte Treffen statt, bei welchem die Prognose für den RTW hinsichtlich der erreichbaren Arbeitszeit sowie Aufgaben erörtert wird (van Dongen et al., 2018). Der Austausch über alle Evaluierungsergebnisse, Interventionsstrategien und Arbeitsziele im interdisziplinären Team wird auch im Review von O’Keefe et al. (2019) genannt. Eine Fachperson aus der Studie von Stergiou-Kita et al. (2016) fasst den Teamansatz mit folgendem Zitat zusammen:

We [initially] work parallel to each other ... Then once we’re done ... we generate a report with our [profession-specific] recommendations ... But when we meet as a team and everybody has their recommendations ... in discharge conference, we essentially hash it out to come up with a good, solid set of recommendations that everyone agrees with. (Stergiou-Kita et al., 2016, S. 313)

4.3.2 Struktur

Um die Teamarbeit zu gewährleisten, müssen gemäss O’Keefe et al. (2019) alle Beteiligten die Rolle des jeweils anderen verstehen. Die Ergebnisse von O’Keefe et al. (2019) unterstreichen die Notwendigkeit, Fachpersonen mit geeigneten Ressourcen und einer Rehabilitationsstruktur zu unterstützen, um die Durchführung von RTW Massnahmen zu ermöglichen. Stergiou-Kita et al. (2016) nennen einen integrierten Teamansatz mit leichtem Zugang zu anderen Teammitgliedern als wichtig. Die Bestimmung einer Koordinationsperson im interdisziplinären Team kommt in den Studien von O’Keefe et al. (2019) und Gourdeau et al. (2018) hervor. Die Koordinationsperson sei die Ansprechperson aller Beteiligten, gebe Informationen im interprofessionellen Team weiter und plane die Massnahmen der Arbeitsrehabilitation.

Tabelle 8

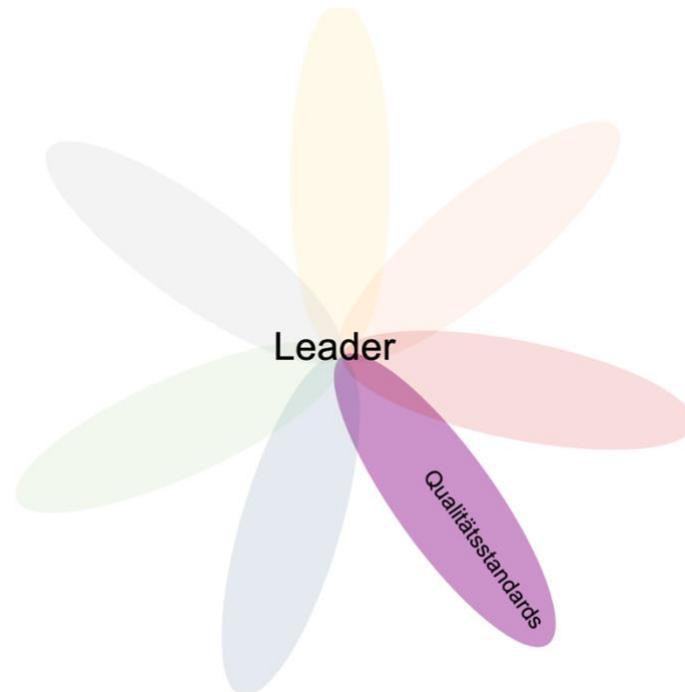
Zuteilung der Kompetenzen aus der Teamworker-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen	
	3.1.1	3.1.2
Austausch mit Beteiligten	X	X
Struktur	X	

4.4 Leader

Abbildung 5

Der Leader-Rolle zugeteiltes Themenfeld



4.4.1 Qualitätsstandards

Gemäss O'Keefe et al. (2019) fehlt es an gut konzipierten klinischen Studien, in denen die Wirksamkeit und Kosteneffizienz der Integration von Arbeitsmassnahmen in stationären Einrichtungen untersucht werden. Die quantitative Studie von van Dongen et al. (2018) erforscht den kurz- und langfristigen Arbeitsstatus nach einem beruflichen Rehabilitationsprogramm bei Menschen mit erworbenen Hirnverletzungen in den Niederlanden. Die Ergebnisse zeigen, dass unmittelbar nach dem Programm 86 Prozent der Klientel an ihren Arbeitsplatz zurückkehrten. Nach drei bis sechs Jahren waren 64 Prozent dieser Klientel immer noch in einem bezahlten Job tätig. Sie arbeiteten im Durchschnitt fünf Stunden mehr als direkt nach dem Programm (van Dongen et al., 2018). In den Ergebnissen von O'Keefe et al. (2019) wird erwähnt, dass in den Niederlanden ein Protokoll zur Arbeitsfrührehabilitation erstellt wurde, durch welches die Bereitstellung arbeitsorientierter Massnahmen während der stationären Rehabilitation verbessert werden soll. Die Leitlinie IGVE-TBI gibt dem Gesundheitsfachpersonal Empfehlungen für ihre Evaluationspraxis in die Hand (Stergiou-Kita et al., 2016). Diese Leitlinie wurde jedoch

Hilpert Naomi, Weber Sarah

gemäss Stergiou-Kita et al. (2016) noch nicht formell in einem klinischen Umfeld umgesetzt. Aus diesem Grund untersucht die Studie von Stergiou-Kita et al. (2016) die derzeitige interprofessionelle Evaluationspraxis der Arbeitsrehabilitation bei Menschen nach erlittenem SHT in einem versicherungsbasierten Kontext und vergleicht die Praxis mit den Empfehlungen der IGVE-TBI. Die Ergebnisse zeigen, dass während viele der derzeitigen Praktiken der Studienteilnehmenden ganz oder teilweise mit den IGVE-TBI-Empfehlungen übereinstimmen, einige Empfehlungen aufgrund struktureller Vorgaben nicht regelmässig durchgeführt werden können (Stergiou-Kita et al., 2016).

Tabelle 9

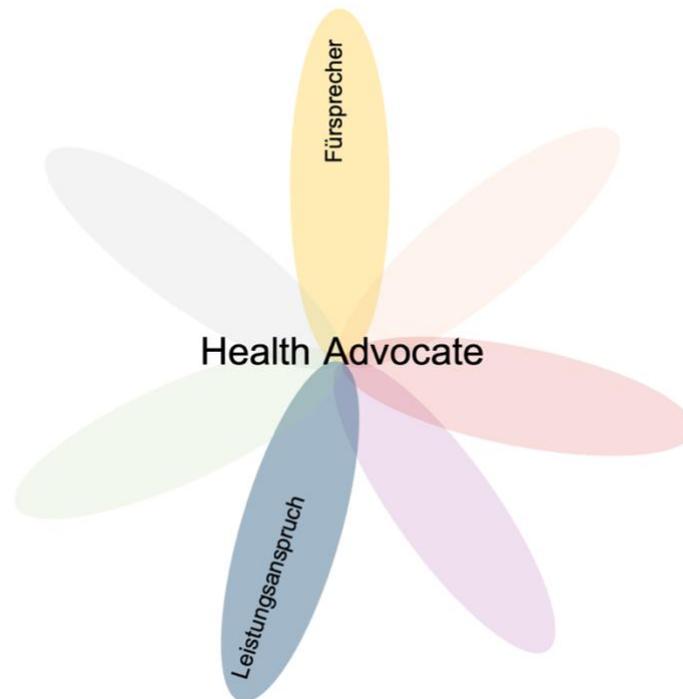
Zuteilung der Kompetenzen aus der Leader-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen		
	4.1.1	4.1.2	4.1.3
Qualitätsstandards			X

4.5 Health Advocate

Abbildung 6

Der Health Advocate-Rolle zugeteilte Themenfelder



4.5.1 Fürsprecher

In der Studie von Gourdeau et al. (2018) stellt sich heraus, dass ein Fürsprecher*, der sich für die Klientel einsetzt, als wichtiger Faktor für den Erhalt und die Umsetzung angemessener Arbeitsplatzanpassungen gilt. Begründet wird dies damit, dass Menschen mit einem leichten SHT möglicherweise nicht in der Lage sind, realistische, zukünftige Anpassungsbedürfnisse zu erkennen (Gourdeau et al., 2018). Beim Fürsprecher könne es sich beispielsweise um einen Gewerkschafts- oder Versicherungsvertretenden, einen Mitarbeitenden oder ein Familienmitglied handeln. Gemäss einer Klientenaussage ist es jedoch von Vorteil, wenn der Fürsprecher sachkundig ist und über den Verlauf der Genesung sowie der möglichen Beeinträchtigungen Bescheid weiss (Gourdeau et al., 2018). Dies steht im Einklang mit anderen Berichten von Teilnehmenden, welche die Wichtigkeit der Unterstützung von medizinischem Fachpersonal betonen, wenn es um die erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden bezüglich Arbeitsplatzanpassungen geht (Gourdeau et al., 2018).

4.5.2 Leistungsanspruch

Im Review von O’Keefe et al. (2019) kommt hervor, dass die Klientel frühzeitig über Leistungen zur Arbeitsrehabilitation und über relevante Ansprüche aufgeklärt werden sollten, die sie in Zukunft in Anspruch nehmen kann. Fehlende Kenntnisse über Leistungen und Ansprüche seitens der Klientel zeigen sich in der Studie von Gourdeau et al. (2018). In dieser wird beschrieben, dass einigen Teilnehmenden Massnahmen wie ein stufenweiser Wiedereinstieg verweigert oder ihnen mit einer Entlassung gedroht wurde, wenn sie den Forderungen des Arbeitgebenden nicht nachkamen. Die Aufklärung von Leistungen und Ansprüche setzt laut O’Keefe et al. (2019) bei Fachkräften Kenntnisse über die Prozedur und Richtlinien zur Arbeitsrehabilitation voraus.

Tabelle 10

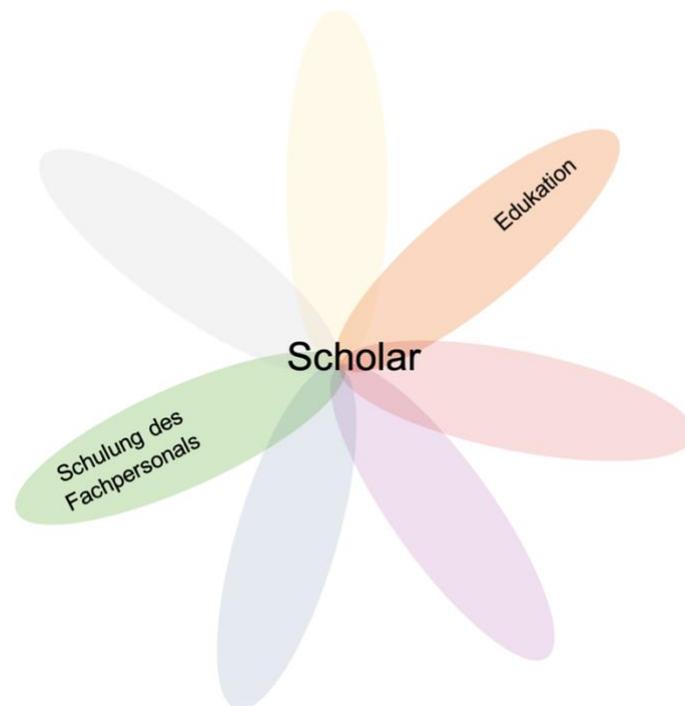
Zuteilung der Kompetenzen aus der Health Advocate-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen	
	5.1.1	5.1.2
Fürsprecher		X
Leistungsanspruch	X	

4.6 Scholar

Abbildung 7

Der Scholar-Rolle zugeteilte Themenfelder



4.6.1 Edukation

In der Studie von Gourdeau et al. (2018) sprechen die Teilnehmenden hinsichtlich des leichten STH von einer unsichtbaren Behinderung. Aufgrund dieser Unsichtbarkeit würde das Bestehen der Einschränkungen bei den Arbeitgebenden sowie Mitarbeitenden in Vergessenheit geraten, was zur Annahme führe, dass die betroffene Person zum Funktionsniveau vor der Verletzung zurückgekehrt sei. Von diesem Phänomen berichten auch die Teilnehmenden der Studie von Stergiou-Kita et al. (2016). Aber auch die mit einem leichten SHT betroffenen Personen wissen nicht immer genügend Bescheid über ihre Krankheit sowie ihre funktionellen Fähigkeiten (Gourdeau et al., 2018). Gourdeau et al. (2018) fordern Gesundheitsfachkräfte dazu auf, ihre Klientel sowie deren Arbeitgebenden umfassend über das leichte SHT sowie deren Beeinträchtigungen und Genesungsverlauf aufzuklären. Auch O'Keefe et al. (2019) nennen die Edukation bezüglich der Hirnverletzung und dem RTW Prozess als eine Schlüsselkomponente vieler Interventionen, wobei die Edukation ein fortlaufender Prozess und kein einmaliges

Ereignis ist. Auch im Rehabilitationsprogramm aus der Studie von van Dongen et al. (2018) werden alle am Prozess beteiligten Personen von den Mitgliedern des Rehabilitationsteams zur gleichen Zeit über die Krankheit sowie die Fähigkeiten und Behinderungen der betroffenen Person aufgeklärt, was die Forschenden als sehr vorteilhaft beschreiben. Weiter kann auch die Edukation zur ganzheitlichen Gesundheit von Bedeutung sein (Soeker & Pape, 2019).

4.6.2 Schulung des Fachpersonals

Die Review Ergebnisse von O’Keefe et al. (2019) zeigen, dass es bei den Fachkräften häufig an Selbstvertrauen mangelt, um mit der Klientel über das Thema Arbeit zu sprechen und dass sie nur über begrenztes Wissen bezüglich stationären Evaluierungs- und Interventionsmassnahmen verfügen. O’Keefe et al. (2019) unterstreichen die Wichtigkeit von Schulung für Fachpersonen im Bereich der Evaluationspraxis und Interventionen. Denn dies erhöhe die Häufigkeit, dass entsprechende Massnahmen durchgeführt werden. Es kommt hervor, dass sowohl formelle als auch informelle Schulungen als nützlich empfunden werden und die Fachpersonen von interaktiven Gruppen sowie von supervisierten Sitzungen profitieren (O’Keefe et al., 2019).

Tabelle 11

Zuteilung der Kompetenzen aus der Scholar-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen	
	6.1.1	6.1.2
Edukation		X
Schulung des Fachpersonals	X	

4.7 Professional

Abbildung 8

Der Professional-Rolle zugeteiltes Themenfeld



4.7.1 Gesundheitsförderung

Die Arbeitsplatzanpassungen aus der Studie von Gourdeau et al. (2018), die im Review von O’Keefe et al. (2019) genannten Interventionen, das MOOSE von Soeker und Pape (2019) sowie das Rehabilitationsprogramm von van Dongen et al. (2018) haben alle zum Ziel, die Klientel beim RTW zu unterstützen. Für die Umsetzung von Massnahmen ist es wichtig, Rollen und Verantwortlichkeiten im Team festzulegen und wahrzunehmen (Stergiou-Kita et al., 2016).

Tabelle 12

Zuteilung der Kompetenzen aus der Professional-Rolle

Themenfeld	Kompetenzen		
	7.1.1	7.1.2	7.1.3
Gesundheitsförderung		X	

5 Diskussion

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, aufzuzeigen und zu begründen, welches Wissen und welche Fertigkeiten nach dem Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) die Ergotherapie in der Schweiz bei der beruflichen Integration von erwachsenen Menschen nach erlittenem SHT einbringen und welche Aufgaben sie dabei übernehmen kann. Unter diesem Aspekt werden in folgendem Kapitel die Ergebnisse der Hauptstudien miteinander verglichen, interpretiert und mit zusätzlicher Literatur diskutiert. Hierfür ist der Diskussionsteil in Unterkapitel gegliedert. Diese entsprechen möglichen ergotherapeutischen Aufgaben, welche aus den Studienergebnissen hergeleitet wurden. Das methodische Vorgehen ist im Kapitel 3.4 beschrieben. Das Diskussionskapitel wird mit einer Zusammenfassung abgerundet.

Die nachfolgende Abbildung 9 präsentiert alle sieben Rollen des Rollen-Kompetenz-Profiles. In der darunter stehenden Tabelle 13 werden die hergeleiteten ergotherapeutischen Aufgaben diesen Rollen zugeteilt und sind mit den Nummern des jeweiligen Diskussionskapitels gekennzeichnet. In dieser Tabelle 13 wird dargestellt, auf welcher Rolle bei der entsprechenden Aufgabenausführung der Haupt- und Teilfokus liegt. Anschliessend werden im Fliesstext die möglichen Aufgaben der Ergotherapie weiter diskutiert. Das jeweilige Unterkapitel endet mit einer Tabelle, welche die Kompetenzen, das Wissen und die Fertigkeiten nach dem Rollen-Kompetenz-Profil beschreibt, welche die Ergotherapie bei der Aufgabenausführung einbringen kann (siehe Tabellen 14-21). Dabei sind Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten verkürzt beschrieben, können jedoch im Anhang B nachgeschlagen werden.

Abbildung 9

Die sieben Rollen des Rollen-Kompetenz-Profiles nach Kneisner & Kalt (2020)

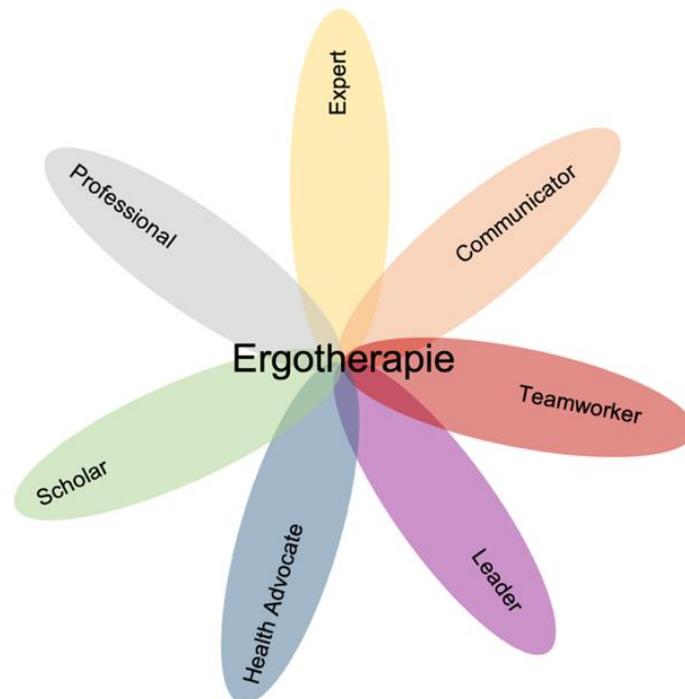


Tabelle 13

Zuteilung der Aufgaben zur Rolle inklusive Einteilung des Schwerpunkts in den Rollen

Rolle	Ausführung der Aufgabe im Hauptfokus der Rolle	Ausführung der Aufgabe im Teilfokus der Rolle
Expert	5.1 Durchführen der Evaluation 5.2 Unterstützen des Selbstfindungsprozesses 5.3 Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen 5.6 Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen	
Communicator	5.5 Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten	5.1 Durchführen der Evaluation 5.2 Unterstützen des Selbstfindungsprozesses 5.3 Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen 5.4 Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges 5.6 Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen 5.7 Durchführen von Edukation 5.8 Sich einsetzen für die Klientel
Teamworker		5.4 Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges 5.5 Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten
Leader	5.4 Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges	5.1 Durchführen der Evaluation 5.3 Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen

Rolle	Ausführung der Aufgabe im Hauptfokus der Rolle	Ausführung der Aufgabe im Teilfokus der Rolle
Health Advocate	5.8 Sich einsetzen für die Klientel	5.6 Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen 5.7 Durchführen von Edukation
Scholar	5.7 Durchführen von Edukation	5.2 Unterstützen des Selbstfindungsprozesses 5.8 Sich einsetzen für die Klientel
Professional		5.5 Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten

5.1 Durchführen der Evaluation

In den Hauptstudien von O’Keefe et al. (2019) und Stergiou-Kita et al. (2016) werden Aspekte der Evaluation beschrieben, wobei in einem ersten Schritt Hintergrundinformationen über die Klientel gesammelt werden. Fachpersonen aus der Studie von Dillahunt-Aspillaga et al. (2015) geben an, dass sie durch ein sorgfältiges Evaluieren von Hintergrundinformationen Ziele der Klientel anschliessend besser erreichen können. In weiteren Schritten werden anhaltende Symptome, Fähigkeiten sowie Arbeitsfertigkeiten und arbeitsspezifische Fertigkeiten evaluiert (O’Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016). Die Evaluation von arbeitsspezifischen Fertigkeiten, sowie der beruflichen Anforderungen, physische Arbeitsplatzumgebung und Arbeitskultur kann nach Stergiou-Kita et al. (2016) häufig nur im klinischen Umfeld beobachtet oder bei der Klientel erfragt werden, weil die Fachpersonen oftmals keinen Zugang zum Arbeitsplatz haben. Hooson et al. (2013) und Playford et al. (2011) beschreiben hingegen, dass die Ergotherapie die Evaluation direkt am Arbeitsplatz durchführt. Dabei analysiert sie die Aufgaben der Klientel und führt Gespräche mit dem Arbeitgebenden über Arbeitsanforderungen (Playford et al., 2011). Die Job-Analyse ist ein wichtiges Element bei der Evaluation, um Anforderungen zu erkennen, welche die Arbeitstätigkeit an die Klientel stellt (Barnes et al., 2009; Joss, 2007; Phillips et al., 2010). Fisher (2014) beschreibt dies als Aktivitätsanalyse, welche ein Prozess darstellt, in dem eine Aufgabe isoliert ohne Beobachtung der auszuführenden Person analysiert wird. In den zu Beginn genannten Hauptstudien ist die Ergotherapie vertreten, wodurch ableitbar ist, dass sie Evaluationen vornimmt. Mehrere weitere Quellen bekräftigen, dass Evaluationen von der Ergotherapie durchgeführt werden (Barnes et al., 2009; Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT], 2015; Libeson et al., 2020; Phillips et al., 2010). Laut dem «Occupational Therapy Practice Framework»* [OTPF] (AOTA, 2014) ist die Ergotherapie in der Lage den Bereich der Arbeit sowie die Klientel in ihrem Kontext zu bewerten. Harris et al. (2019) betonen, dass die Ergotherapie einen einzigartigen, ganzheitlichen Ansatz

verfolgt, welcher den gesamten Kontext der Klientel miteinschliesst. Weiter können standardisierte Assessments wie beispielsweise das MELBA* oder hamet* durchgeführt werden (Höhl, 2015). Die Evaluation beinhaltet auch das Erfragen der Perspektive und Wünsche der Klientel (O’Keefe et al., 2019; Stergiou-Kita et al., 2016). Gemäss Stergiou-Kita et al. (2016) sind die Berichte der Klientel hinsichtlich ihrer tatsächlichen Fähigkeiten teilweise nicht repräsentativ. Dies könnte damit zusammenhängen, dass Personen nach einem SHT häufig eine geminderte Selbsteinschätzung bezüglich kognitiver, emotionaler und verhaltensbezogener Beeinträchtigungen haben (Kelley et al., 2014, zitiert nach Wheeler & Acord-Vira, 2019). Zur Evaluation gehört auch die Re-Evaluation, welche wichtig ist, um zu sehen, ob die Klientel bereit für die Arbeit ist (Stergiou-Kita et al., 2009).

Tabelle 14

Zur Aufgabe «Durchführen der Evaluation» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Expert (HF)	<p>Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2)</p> <p>Bestimmen von Befunderhebungsmethoden (1.1.3)</p> <p>Analysieren von Betätigung und Kontextfaktoren (1.1.4 / 1.1.5)</p> <p>Einschränkungen erkennen (1.1.6)</p>	<p>Identifizieren von Betätigungsressourcen und -barrieren (1.3.8), umfassendes Analysieren von Umweltfaktoren* (1.3.10), systematisches Erfassen und Analysieren betätigungsrelevanter Informationen (1.3.12), Ermitteln der Betätigungsidentität (1.3.18)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> ergotherapeutischen Modellen und Prozessen (1.2.12 / 1.2.18 / 1.3.4), ergotherapeutischen Erfassungsinstrumenten und Beobachtungsmethoden (1.2.19 / 1.3.11), klinischem Reasoning* (1.2.20 / 1.3.2)</p> <p><u>Wissen über:</u> Gesundheitsprobleme und deren Auswirkung (1.2.1), Grundlagen des Handelns (1.2.4), Occupational Science* (1.2.5), Betätigung und Betätigungsperformanz* (1.2.9), Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt (1.2.14), betätigungsrelevante Einflussfaktoren (1.2.16)</p>
Communicator (TF)	<p>Angepasste Kommunikation (2.1.1)</p>	<p>Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Fertigkeit zum aktiven Zuhören (2.3.3), Gesprächsführung (2.3.4), Nutzen der subjektiven Konstruktion lebensbiographischer Erzählungen (2.3.9)</p> <p><u>Wissen über:</u> Kommunikationstheorien und -modelle (2.2.1)</p>
Leader (TF)	<p>Nachhaltiges Organisieren der eigenen Tätigkeiten (4.1.1)</p> <p>Handeln nach gültigen Qualitätsstandards (4.1.3)</p>	<p>Dokumentieren von ergotherapeutischen Leistungen (4.3.4)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> Grundlagen von Management und Selbstmanagement (4.2.1 / 4.3.5), wissenschaftlichen Standards (4.2.5 / 4.3.3)</p> <p><u>Wissen über:</u> unterschiedliche Arbeitssettings und deren institutionellen Rahmenbedingungen (4.2.2)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.2 Unterstützen des Selbstfindungsprozesses

Im Rahmen des MOOSE (Soeker & Pape, 2019) unterstützt die Ergotherapie die Klientel, ein neues Selbst zu schaffen. Dabei fördert sie einen Identitätsfindungsprozess, welcher der Klientel hilft, sich den eigenen Fähigkeiten sowie Einschränkungen bewusst zu werden und das neue Arbeitspotenzial zu akzeptieren. Dieser Prozess kann für die Klientel jedoch schwierig sein (Soeker & Pape, 2019). Wie sich in der Literatur zeigt, kann eine verbesserte Selbsteinschätzung bei Personen nach einem SHT zu einer geringeren Lebenszufriedenheit sowie Minderwertigkeitsgefühle führen, wenn sich diese allmählich mit dem neuen Selbst abfinden und den Verlust von Fähigkeiten und Rollen versuchen zu verkraften (Wheeler & Acord-Vira, 2019). Dennoch ist es wichtig, dass Personen nach einem SHT diesen Prozess bewältigen und sich dem neuen Selbst bewusst werden. Denn dieses Bewusstsein wirkt sich nicht nur positiv auf den Erhalt von angemessenen Arbeitsplatzanpassungen aus (Gourdeau et al., 2018), sondern ist auch wichtig, um sich mit den Folgen der Hirnverletzung arrangieren können (Hoogerdijk et al., 2011). Die Neugestaltung der eigenen Identität ist somit ein wichtiger Aspekt der Rehabilitation (Klinger, 2005). Hoogerdijk et al. (2011) heben in ihrer Studie die Wichtigkeit hervor, dass die Ergotherapie Umgebungen schafft, in denen die Klientel die eigenen Fähigkeiten testen sowie üben und dadurch das neue Selbst kennenlernen kann. Erfahrungen innerhalb von Betätigungen sowie deren Reflexion würden helfen, ein besseres Verständnis dieses neuen Selbst zu erhalten. Die Reflexion durch die Klientel werden auch von O'Keefe et al. (2019) sowie Soeker und Pape (2019) aufgegriffen und angewendet. Beispielsweise kann das Reflektieren von bereits erzielten Verbesserungen beim Aufbau des Selbstvertrauens hilfreich sein (O'Keefe et al., 2019). In der Studie von Phillips et al. (2010) wird der Aufbau von Selbstvertrauen als eine Komponente der Ergotherapie beschrieben.

In Bezug auf das Annehmen des Selbst kann die Gruppentherapie sehr unterstützend wirken. Einerseits vermag diese der Person mit einem SHT aufzuzeigen, dass es weitere Betroffene gibt (Soeker & Pape, 2019). Andererseits wird der Erfahrungsaustausch mit anderen aus diesen Gruppen als sehr hilfreich erlebt (Libeson et al., 2020) und kann bewirken, dass sich die Betroffenen selbst stärker fühlen sowie sich aus der eigenen Isolation begeben (Hooson et al., 2013).

Tabelle 15

Zur Aufgabe «Unterstützen des Selbstfindungsprozesses» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Expert (HF)	<p>Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2)</p> <p>Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3)</p> <p>Berücksichtigen der Kontextfaktoren bei Interventionen (1.1.5)</p> <p>Einschränkungen erkennen und Ressourcen nutzen (1.1.6)</p>	<p>Beachten der Lebenssituation (1.3.5), Identifizieren von zentralen Betätigungsressourcen und -barrieren (1.3.8), Ableiten von Interventionen aus Bezugssystemen* und deren Behandlungsansätze (1.3.9), wirksamer Einsatz von Interventionsmethoden (1.3.15), Unterstützen von Betätigungsidentität (1.3.18)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> Betätigung als Mittel und Ziel (1.2.10 / 1.3.13)</p> <p><u>Wissen über:</u> Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen (1.2.1), aus ergotherapeutischen Bezugssystemen abgeleitete Behandlungsansätze (1.2.7), Betätigung und Betätigungsperformanz (1.2.9), Veränderungsprozesse bezogen auf Betätigung (1.2.11), betätigungsrelevante Einflussfaktoren auf Lebensqualität (1.2.16), angewandte ergotherapeutische und nicht ergotherapeutische Methoden (1.2.21), gängige Interventionsmethoden (1.2.22)</p>
Communicator (TF)	<p>Mit Kommunikationsstil die Autonomie der Klientel stärken (2.1.2)</p> <p>Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)</p>	<p>Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Fertigkeit zum aktiven Zuhören (2.3.3), Gesprächsführung (2.3.4), Fördern von Selbstwirksamkeitserlebnissen (2.3.8), effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation (2.3.10)</p> <p><u>Wissen über:</u> effektive mündliche Kommunikation (2.2.3)</p>
Scholar (TF)	<p>Lernprozess der Klientel fördern (6.1.1)</p>	<p>Erkennen und Auswerten von Erfahrungswissen der Klientel (6.3.5), Vertiefung und Erweiterung von Betätigungserfahrung (6.3.6)</p> <p><u>Wissen über:</u> Reflexionsverfahren (6.2.4)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.3 Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen

Gourdeau et al. (2018) nennen Schwierigkeiten bezüglich Gedächtnis, Aufmerksamkeit sowie Konzentration als anhaltende Symptome des SHT. Weiter sind die Entscheidungsfindung, die Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie das Multitasking eingeschränkt, was die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt (Libeson et al., 2020). Für den Aufbau beeinträchtigter Funktionen schlägt der AOTA (2014) einen aufbauenden, wiederherstellenden Ansatz vor.

Zum Angebot der Ergotherapie gehören Interventionen, welche die Klientel auf den Arbeitsplatz vorbereitet (CAOT, 2015; Libeson et al., 2020). Die Therapie kann sich jedoch in ihren Schwerpunkten unterscheiden. So kann diese beispielsweise auf das Training des Selbstmanagements ausgerichtet sein (AOTA, 2014; CAOT, 2015), was dem Training der Arbeitsfertigkeiten (O’Keefe et al., 2019) zuzuordnen ist. Weiter werden in der Ergotherapie arbeitsbezogene Fertigkeiten verbessert und wiederhergestellt (2019; Playford et al., 2011; Wheeler & Acord-Vira, 2019). Aber auch das Training kognitiver Funktionen wie beispielsweise das Gedächtnistraining hat in den ergotherapeutischen Interventionen einen hohen Stellenwert (Phillips et al., 2010). Wheeler und Acord-Vira (2019) empfehlen in ihrer Leitlinie für die Ergotherapie bezüglich Verbesserung der exekutiven Funktionen ein Training des Problemlöseverhaltens und für das Gedächtnistraining eine Kombination aus wiederherstellenden und kompensatorischen Ansätzen. Die Ergotherapie der Rehaklinik Bellikon fördert im Rahmen der berufsorientierten Therapie mittels ausgesuchter Aufgaben und Instrumenten systematisch die Präsenz- und Leistungsfähigkeit (Rehaklinik Bellikon, n.d.a, n.d.b). Dafür bietet sie ein Belastbarkeitstraining sowie ein darauffolgendes Aufbaustraining an.

In der Studie von Soeker und Pape (2019) zeigt sich, dass die Teilnehmenden arbeitsbezogene Aktivitäten gegenüber Papierbasierten bevorzugen. Fisher (2014) empfiehlt für ergotherapeutische Interventionen den Einsatz von Aktivitäten, welche die Klientel als bedeutungsvoll und zweckgerichtet ansieht, und deren Ausführung so weit als möglich für den Alltag relevant ist. Dabei sollte der Zweck und das Material sowie die Umwelt möglichst dem natürlichen Kontext entsprechen. Dies wäre der Fall, wenn die Therapie direkt am Arbeitsplatz durchgeführt wird. Sowohl Soeker und Pape (2019) wie auch van Dongen et al. (2018) und van Velzen et al. (2015, zitiert nach O’Keefe et al., 2019) schliessen das Training am Arbeitsplatz in ihrem Rehabilitationsprogramm mit ein. Es gibt jedoch einige Institutionen, bei denen die Therapiedurchführung nur innerhalb der Institution möglich ist. Bei solchen ist es umso wichtiger, dass die Therapieräume entsprechend gestaltet sind. Dafür werden jedoch mehr Ressourcen wie beispielsweise spezielles Equipment und geeignete Räumlichkeiten benötigt (O’Keefe et al., 2019). Dies kann hohe Kosten verursachen. Es ist fraglich, ob kleinere Institutionen wie beispielsweise Ergotherapie-Praxen über genügend finanzielle Mittel verfügen, um obengenannte Ressourcen zu beschaffen.

Tabelle 16

Zur Aufgabe «Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Expert (HF)	<p>Kompetenzen in Betätigungsdurchführung anwenden, um gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (1.1.1)</p> <p>Betätigungsorientierte Durchführung des Prozesses (1.1.2)</p> <p>Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3)</p> <p>Berücksichtigen der Kontextfaktoren bei Interventionen (1.1.5)</p>	<p>Entwickeln von betätigungsrelevanten Interventionen (1.3.7), Ableiten von Interventionen aus Bezugssystemen und deren Behandlungsansätze (1.3.9), Einsatz wirksamer Methoden zur Zielerreichung (1.3.14), wirksamer Einsatz von Interventionsmethoden (1.3.15)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> Betätigung als Mittel und Ziel (1.2.10 / 1.3.13), klinischem Reasoning (1.2.20 / 1.3.2)</p> <p><u>Wissen über:</u> Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen (1.2.1), Grundlagen von Handlungsvoraussetzungen (1.2.4), aus ergotherapeutischen Bezugssystemen abgeleitete Behandlungsansätze (1.2.7), Betätigung und Betätigungsperformanz (1.2.9), Lernen und Veränderungsprozesse bezogen auf Betätigung (1.2.11), angewandte ergotherapeutische und nicht ergotherapeutische Methoden (1.2.21), gängige Interventionsmethoden (1.2.22)</p>
Communicator (TF)	<p>Angepasste Kommunikation (2.1.1)</p>	<p>Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Verhandlung über Zielumsetzung innerhalb der therapeutischen Aktivität (2.3.2), Fördern von Selbstwirksamkeitserlebnissen (2.3.8), Effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation (2.3.10)</p> <p><u>Wissen über:</u> effektive mündliche Kommunikation (2.2.3)</p>
Leader (TF)	<p>Nachhaltiges Organisieren der eigenen Tätigkeiten (4.1.1)</p> <p>Handeln nach gültigen Qualitätsstandards (4.1.3)</p>	<p>Entwickeln von effizienten Behandlungsmassnahmen und Interventionsprogrammen (4.3.1), Dokumentieren von ergotherapeutischen Leistungen (4.3.4)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> Grundlagen von Management und Selbstmanagement (4.2.1 / 4.3.5), wissenschaftlichen Behandlungsstandards (4.2.5 / 4.3.3)</p> <p><u>Wissen über:</u> unterschiedliche Arbeitssettings und deren institutionellen Rahmenbedingungen (4.2.2)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.4 Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges

Sowohl im Review von O’Keefe et al. (2019) wie auch in der Studie von Gourdeau et al. (2018) kommt eine Koordinationsperson hervor. In der Literatur lassen sich unterschiedliche Definitionen zur Koordinationsperson finden, entsprechend derer die Aufgaben variieren können. Dol et. al (2021) definieren diese als eine Person, die für die Koordinierung und Erleichterung der rechtzeitigen und sicheren beruflichen Integration von

Arbeitnehmenden verantwortlich ist, welche aufgrund einer Krankheit oder Verletzung von der Arbeit abwesend sind. Eine der Aufgaben ist der Informationstransfer sowie die Kommunikation zwischen den am Prozess beteiligten Akteuren (Dol et al., 2021; Frost et al., 2014; van Velzen et al., 2015). Beispiele von beteiligten Personen sind die Klientel, Familienangehörige sowie Angehörige des interdisziplinären Rehabilitationsteams, Arbeitgebende, Versicherungen und Fachpersonen der Personalabteilung. Öst Nilsson et al. (2017) bezeichnet die Koordinationsperson in diesem Zusammenhang als eine Art Brücke zwischen den Akteuren, welcher die Zusammenarbeit aller Beteiligten fördert. Eine weitere Aufgabe ist die Planung des beruflichen Wiedereinstiegs (Dol et al., 2021; Öst Nilsson et al., 2017). Dabei erweist sich als vorteilhaft, wenn die Koordinationsperson von Zeit zu Zeit Besuche am Arbeitsplatz durchführt, um sich mit Vorgesetzten und Mitarbeitenden zu unterhalten und um den Plan gemeinsam mit allen Beteiligten zu erstellen (Öst Nilsson et al., 2017). Van Velzen et al. (2015) nennt das Schreiben von Berichten als einen weiteren Auftrag der Koordinationsperson. Beispielsweise verfasse diese einen Austrittsbericht, dessen Inhalt auf den Beiträgen aller Fachkräfte aus dem Rehabilitationsteam basiere. Im Review von Gardner et al. (2010) wird dargelegt, dass die Koordinationsperson für eine erfolgreiche Arbeitsrehabilitation als wichtigste Person empfunden wird. Ähnliches zeigen auch Dol et al. (2021) auf, denn gemäss den Forschenden ist das Involvieren einer Koordinationsperson mit höheren RTW Raten verbunden. Die Koordinationsperson sollte Wissen über erworbene Hirnschädigungen sowie Regeln und Gesetze in Bezug auf Krankheitsurlaub und berufliche Integration verfügen (Gardner et al., 2010; van Velzen et al., 2015). Oftmals stammt die Person, welche die Koordinationsrolle übernimmt, aus dem interdisziplinären Team. Dennoch wird nicht spezifisch erläutert, welcher Berufsgruppe diese angehört. Es gibt jedoch Studien, in denen Berufsangehörige der Ergotherapie explizit als Koordinationsperson fungieren und erwähnt werden (Gardner et al., 2010; Öst Nilsson et al., 2017). Zusätzlich sind Literaturquellen vorhanden, in denen die Ergotherapie das Case-Management sowie die Vermittlerrolle übernimmt (Barnes et al., 2009; Frost et al., 2014) und zu deren Interventionen die Zusammenarbeit mit Arbeitgebenden, die Leitung von Betriebsbesprechungen sowie das Management von Arbeitsplatzanpassungen gehört (Playford et al., 2011).

Tabelle 17

Zur Aufgabe «Koordinieren des beruflichen Wiedereinstiegs» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Leader (HF)	Nachhaltiges Organisieren von zur Verfügung stehenden Ressourcen (4.1.1)	Entwickeln von effizienten Behandlungsmassnahmen und Interventionsprogrammen (4.3.1), Dokumentieren von Leistungen (4.3.4) <u>Kennen und Anwenden von:</u> Grundlagen von Management und Selbstmanagement (4.2.1 / 4.3.5) <u>Wissen über:</u> unterschiedliche Arbeitssettings und deren institutionellen Rahmenbedingungen (4.2.2)
Communicator (TF)	Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1) Mit Kommunikationsstil Klientel an Entscheidungsfindung teilhaben lassen und ihre Autonomie stärken (2.1.2) Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)	Fertigkeit zum aktiven Zuhören (2.3.3), Moderation und Gesprächsführung (2.3.4), Gewährleisten von Qualität und Vertraulichkeit in der Informationsweitergabe (2.3.5), konstruktives Verhandeln mit Anspruchsgruppen (2.3.6), adressatengerechte Kommunikation (2.3.7), effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation (2.3.10) <u>Wissen über:</u> Kommunikationstheorien und -modelle (2.2.1), effektive mündliche Kommunikation (2.2.3), mediengestützte Kommunikation (2.2.4)
Teamworker (TF)	Respektvoll und lösungsorientiert mit Berufsangehörigen aus Gesundheits- und Sozialwesen zusammenarbeiten (3.1.1) Ergotherapeutische Sichtweise einbringen und aufzeigen, wie Handlungsfähigkeit Gesundheit und Wohlbefinden beeinflusst (3.1.2)	Vertreten der professionseigenen Kernkonzepten in adressatengerechter Fachsprache (3.3.2), aktiver, unvoreingenommener Umgang mit anderen (3.3.3), konstruktives und effizientes Verhandeln von Entscheidungen (3.3.4), professionelles Urteilen und Übernehmen von Verantwortung bei Entscheidungsfindung (3.3.7) <u>Wissen über:</u> Aspekte erfolgreicher Zusammenarbeit (3.2.5)

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.5 Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten

Wird im interdisziplinären Team die Koordination des beruflichen Wiedereinstiegs (siehe Kapitel 5.4) der Ergotherapie zugewiesen, ist es zentral, dass sie mit allen Beteiligten

einen aktiven Dialog führt. Das Mass dieses aktiven Dialoges kann sich für die Ergotherapie reduzieren, wenn die beschriebene Koordinationsaufgabe von einer anderen Profession übernommen wird. Dennoch bleibt das Führen eines aktiven Dialoges ein wichtiger Bestandteil der Ergotherapie, weil diese mit unterschiedlichen Beteiligten zusammenarbeitet, um eine optimale Behandlung zu ermöglichen. Phillips et al. (2010) zählen die Klientel, Familienangehörige, Betreuungspersonen, Teammitglieder der Klientel, Arbeitgebende, Fachkräfte der Personalabteilung sowie Hausärztinnen und Hausärzte als Personen auf, mit denen die Ergotherapie bei der Arbeitsrehabilitation in Kontakt treten könnte. Diese Beschreibung beinhaltet viele Personen, die auch van Dongen et al. (2018) in ihrem Rehabilitationsprogramm für das Treffen am Runden Tisch eingeladen haben. Playford et al. (2011) nennen die Zusammenarbeit mit dem Arbeitgebenden als ergotherapeutische Massnahme zum Erhalt des Arbeitsplatzes. Fachpersonen der Ergotherapie treffen sich mit Arbeitgebenden und Arbeitnehmenden, um gemeinsam die berufliche Integration zu planen (Frost et al., 2014) und unterstützen Arbeitgebende bei der Entwicklung von Strategien und Prozessen, welche den RTW fördern (CAOT, 2015). Gemäss Playford et al. (2011) sind sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten sowohl der Probleme aus Sicht des Arbeitgebenden als auch aus Sicht der Klientel bewusst. Die Ergotherapie unterstütze die Klientel sowie den Arbeitgebenden gleichermaßen bei der Erhaltung des Arbeitsplatzes. Sie steht mit den Ärztinnen und Ärzten wie auch dem Arbeitgebenden in Kontakt, bespricht den Grad der Arbeitsunfähigkeit und ab wann es der Klientel möglich ist, an den Arbeitsplatz zurückzukehren (Playford et al., 2011).

Neben der aktiven Zusammenarbeit mit externen Beteiligten, ist auch der Austausch mit anderen beteiligten Gesundheitsfachpersonen wichtig. Vier der fünf Hauptstudien zeigen auf, dass bei der Arbeitsrehabilitation verschiedene Gesundheitsfachpersonen involviert sein müssen. Indem verschiedene Professionen an der Therapie der Klientel mitwirken, kann der Bereich der Betätigung effektiv behandelt und die Ergebnisse verbessert werden (Harris et al., 2019). Zudem weisen Playford et al. (2011) auf die Bedeutung der berufsübergreifenden Zusammenarbeit bei der Arbeitsplatzrehabilitation von Personen mit langfristigen neurologischen Erkrankungen hin. Die Ergotherapie bespricht im interdisziplinären Team Ergebnisse des Arbeitstrainings (van Dongen et al., 2018; van Velzen et al., 2015) sowie in regelmässigen Abständen das weitere Vorgehen und die Möglichkeiten im Prozess. Gemäss dem Berufskodex des EVS (2011) gehört es zum professionellen Verhalten, dass die Ergotherapie bei Bedarf den Informationsaustausch

sowie die Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen sucht, diese aktiv mitgestaltet und dabei die Verantwortlichkeiten der anderen und des eigenen Berufes respektiert. Dabei sei wichtig, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ihre Rolle im Team sowie die eigenen Grenzen kennen.

Tabelle 18

Zur Aufgabe «Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Communicator (HF)	<p>Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1)</p> <p>Mit Kommunikationsstil Klientel an Entscheidungsfindung teilhaben lassen und ihre Autonomie stärken (2.1.2)</p> <p>Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)</p>	<p>Fertigkeit zum aktiven Zuhören (2.3.3), Moderation und Gesprächsführung (2.3.4), Gewährleisten von Qualität und Vertraulichkeit in der Informationsweitergabe (2.3.5), konstruktives Verhandeln mit Anspruchsgruppen (2.3.6), adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation (2.3.10)</p> <p><u>Wissen über:</u> Kommunikationstheorien und -modelle (2.2.1), effektive mündliche Kommunikation (2.2.3), mediengestützte Kommunikation (2.2.4)</p>
Teamworker (TF)	<p>Respektvoll und lösungsorientiert mit Berufsangehörigen aus Gesundheits- und Sozialwesen zusammenarbeiten (3.1.1)</p> <p>Ergotherapeutische Sichtweise einbringen und aufzeigen, wie Handlungsfähigkeit Gesundheit und Wohlbefinden beeinflusst (3.1.2)</p>	<p>Vertreten der professionseigenen Kernkonzepten in adressatengerechter Fachsprache (3.3.2), aktiver, unvoreingenommener Umgang mit anderen (3.3.3), konstruktives und effizientes Verhandeln von Entscheidungen (3.3.4), Fähigkeit zur aktiven Problem- und Konfliktlösung in der Zusammenarbeit (3.3.5), professionelles Urteilen und Übernehmen von Verantwortung bei Entscheidungsfindung (3.3.7)</p> <p><u>Wissen über:</u> eigene Rolle, Haltung und daraus resultierende Aufgaben (3.2.2), Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Kernkonzepte und Fachsprachen innerhalb der Professionen (3.2.3), Aspekte erfolgreicher Zusammenarbeit (3.2.5)</p>
Professional (TF)	<p>Berücksichtigen des Berufskodex des EVS bei der Berufsausübung (7.1.2)</p>	<p>Aktives Wahrnehmen von Rollen und Verantwortung sowie Erkennen der eigenen Grenzen (7.3.3), Agieren und Reagieren basierend auf dem Berufskodex des EVS (7.3.5)</p> <p><u>Wissen über:</u> Berufsethische Grundsätze (7.2.2)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.6 Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen

Gemäss AHV/IV (2021) gehört die Anpassung des Arbeitsplatzes zu den Frühinterventionen der IV, auf welche Personen Anspruch haben, denen ohne geeignete Massnahmen eine Invalidität droht. Dass diese Intervention berechtigt ist, zeigen die Studienergebnisse von van Dongen et al. (2018), welche beschreiben, dass ein Grossteil der Teilnehmenden beim RTW Anpassungen benötigen. Libeson et al. (2020) nennen bezüglich formeller Anpassungen ebenfalls wie Gourdeau et al. (2018) die reduzierten Arbeitszeiten, alternative Arbeitsaufgaben, sowie den angepassten physischen Arbeitsplatz und ergänzen die Reduzierung der Verantwortlichkeit sowie die Supervision. Die Nutzung von selbstgesteuerten kompensatorischen Strategien als informelle Anpassung zur Bewältigung anhaltender Symptome und kognitiver Herausforderungen werden wie bei Gourdeau et al. (2018) auch von Libeson et al. (2020) genannt. Libeson et al. (2020) erwähnen dabei noch Strategien für den Umgang mit Fatigue. Dies ist hervorzuheben, da die exzessive Müdigkeit gemäss Erfahrungsberichten von Personen nach erlittenem SHT Versagensängste bei der Arbeitsrehabilitation auslösen kann (Hooson et al., 2013). Laut Phillips et al. (2010) gehört das Fatiguemanagement in der Arbeitsrehabilitation zu den Aufgaben der Ergotherapie. Aber auch die oben genannten formellen und informellen Anpassungen wurden in beiden Studien unter anderem von der Ergotherapie indiziert. Gemäss dem OTPF (AOTA, 2014) sowie Fisher (2014) unterstützt die Ergotherapie die Klientel durch Anpassen der Umwelt oder der Aktivität sowie durch das Bereitstellen und Trainieren von Hilfsmitteln. Das Anleiten der betroffenen Personen bei der Verwendung von Hilfsmitteln ist auch gemäss Dünwald und Köser (2015) sowie Playford et al. (2011) ein wichtiger Bereich der Ergotherapie in der Arbeitsrehabilitation. Bei der Arbeitsplatzanpassung sticht in mehreren Quellen die Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden als wichtig hervor. Zum einen werden Empfehlungen bezüglich der Anpassungen an den Arbeitgebenden abgegeben (Gourdeau et al., 2018; Libeson et al., 2020; van Dongen et al., 2018). Zum anderen müssen sich Fachpersonen aber auch aktiv beim Arbeitgebenden für den Erhalt und Umsetzung von Arbeitsplatzanpassungen einsetzen (siehe Kapitel 5.8) (Gourdeau et al., 2018).

Tabelle 19

Zur Aufgabe «Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Expert (HF)	<p>Kompetenzen in Betätigungsdurchführung anwenden, um gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (1.1.1)</p> <p>Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2)</p> <p>Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3)</p> <p>Berücksichtigen und Anpassen von Kontextfaktoren (1.1.4 / 1.1.5)</p> <p>Einschränkungen erkennen, Ressourcen nutzen und Hilfsmittel einsetzen (1.1.6)</p>	<p>Entwickeln von betätigungsrelevanten Interventionen (1.3.7), Ableiten von Interventionen aus Bezugssystemen und deren Behandlungsansätze (1.3.9), Einsatz wirksamer Methoden zur Zielerreichung (1.3.14), wirksamer Einsatz von Interventionsmethoden (1.3.15), Erkennen und Umsetzen von Adaptionenbedarf* in Bezug zur Klientel, zur Betätigung und zur Umwelt (1.3.16)</p> <p><u>Kennen und Anwenden von:</u> Betätigung als Mittel und Ziel (1.2.10 / 1.3.13)</p> <p><u>Wissen über:</u> Grundlagen von Handlungsvoraussetzungen (1.2.4), aus ergotherapeutischen Bezugssystemen abgeleitete Behandlungsansätze (1.2.7), Betätigung und Betätigungsperformanz (1.2.9), Veränderungspotential von Umweltfaktoren (1.2.13), Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt (1.2.14), betätigungsrelevante Einflussfaktoren (1.2.16), angewandte ergotherapeutische und nicht ergotherapeutische Methoden (1.2.21)</p>
Communicator (TF)	<p>Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1)</p> <p>Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten (2.1.3)</p>	<p>Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Verhandlung über Zielumsetzung innerhalb der therapeutischen Aktivität (2.3.2), Gesprächsführung (2.3.4), konstruktives Verhandeln mit Anspruchsgruppen (2.3.6), Fördern von Selbstwirksamkeitserlebnissen (2.3.8)</p> <p><u>Wissen über:</u> effektive mündliche Kommunikation (2.2.3)</p>
Health Advocate (TF)	<p>Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)</p>	<p>Identifizieren von Faktoren, welche Gesundheit und Gleichbehandlung beeinflussen (5.3.1), Interessensvertretung der Klientel bezüglich betätigungsbegünstigender Veränderungen (5.3.2), Wahrnehmen und Benennen von Strukturen, in denen Handlungsbedarf besteht (5.3.3), Betätigungsentfaltung im gesellschaftlichen Kontext ermöglichen (5.3.4)</p> <p><u>Wissen über:</u> Evidenz der Gesundheitsförderung, Unfallverhütung, Prävention (5.2.4), betätigungsrelevante Einflussfaktoren (5.2.8)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.7 Durchführen von Edukation

Ein mangelndes Verständnis für die Auswirkungen des SHT seitens der Klientel, deren Arbeitgebenden sowie Mitarbeitenden kann die Arbeitsrehabilitation erschweren

(Gourdeau et al., 2018; Hooson et al., 2013; Libeson et al., 2020). Gourdeau et al. (2018) fordern Gesundheitsfachkräfte dazu auf, ihre Klientel sowie Beteiligte umfassend über das SHT sowie ihre Beeinträchtigungen und Genesungsverlauf aufzuklären. Phillips et al. (2010) teilen diesen Standpunkt und ergänzen, dass auch die Angehörigen diesbezüglich aufgeklärt werden müssen. Begründet kann dies durch die Studienergebnisse von Hooson et al. (2013) werden. Diese zeigen auf, dass Angehörige oftmals nur ein begrenztes Verständnis für die dauerhaften Veränderungen des Lebensstils infolge eines SHT haben. Im Rehabilitationsprogramm aus der Studie von van Dongen et al. (2018) werden alle beteiligten Personen am Runden Tisch über die Krankheit sowie Fähigkeiten und Behinderungen der betroffenen Person aufgeklärt. Hooson et al. (2013) unterstützen diesen Ansatz, da sie Fachpersonen auffordern, sobald wie möglich mit den Arbeitgebenden und weiteren Beteiligten in Kontakt zu treten, um sie über die realistische, potenzielle Leistungsfähigkeit des Betroffenen aufzuklären. Mehrere Quellen beschreiben die Edukation als eine Intervention, welche von der Ergotherapie durchgeführt wird (Köhler & Adam, 2008; Libeson et al., 2020; Phillips et al., 2010). Dhillon et al. (2016) nennen dazu, dass Kommunikation und Edukation typische ergotherapeutische Fertigkeiten sind. Gemäss AOTA (2014) wird unter Edukation in der Ergotherapie die Vermittlung von Wissen und Informationen über Betätigung, Gesundheit, Wohlbefinden und Teilhabe verstanden.

Tabelle 20

Zur Aufgabe «Durchführen von Edukation» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Scholar (HF)	Spezifische Wissensweitergabe (6.1.2)	Einsetzen einer Bandbreite an Lehrmethoden (6.3.3), Erkennen von Erfahrungswissen (6.3.5), Geben und Einholen von Feedback (6.3.7) <u>Wissen über:</u> Prozesse, Formen und Wirkung der Wissensvermittlung (6.2.1), Lernstile und Lernstrategien (6.2.2), Feedbackverfahren (6.2.3)
Communicator (TF)	Angepasste Kommunikation (2.1.1) Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten (2.1.3)	Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Moderation (2.3.4) <u>Wissen über:</u> effektive mündliche Kommunikation (2.2.3)

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Health Advocate (TF)	Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)	Interessensvertretung der Klientel bezüglich betätigungsbegünstigender Veränderungen (5.3.2), Betätigungsentfaltung im gesellschaftlichen Kontext ermöglichen (5.3.4) <u>Wissen über:</u> Evidenz der Gesundheitsförderung, Unfallverhütung, Prävention (5.2.4), Betätigungsrelevante Einflussfaktoren (5.2.8)

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.8 Sich einsetzen für die Klientel

Die Studienergebnisse von Gourdeau et al. (2018) zeigen auf, dass ein «Advocate»*, der sich für die Klientel einsetzt, als wichtiger Faktor für den Erhalt sowie die Umsetzung angemessener Arbeitsplatzanpassungen gilt. Dhillon et al. (2010) stimmen Gourdeau et al. (2018) zu, dass Betroffene nicht immer in der Lage sind, realistische, zukünftige Anpassungsbedürfnisse zu erkennen. Die Wichtigkeit des «Advocates» zeigt sich auch darin, dass Massnahmen wie ein stufenweiser Wiedereinstieg teilweise von den Arbeitgebenden verweigert werden oder den Betroffenen sogar mit einer Entlassung gedroht wird (Gourdeau et al., 2018). Auch Dhillon et al. (2016) sprechen davon, dass eine diskriminierende Einstellung Dritter gegenüber der Klientel ein Hindernis für eine effektive Umsetzung von Veränderungen darstellt, welche den Einfluss einer Fachperson erfordert. Kommunikation und Aufklärung seien notwendig, um die dritte Partei für die Situation der Klientel zu sensibilisieren (siehe Kapitel 5.7). Teilnehmende der Studie von Gourdeau et al. (2018) heben die Wichtigkeit der Unterstützung durch das medizinische Fachpersonal hervor, wenn es um die erfolgreiche Zusammenarbeit mit den Arbeitgebenden geht. Barnes et al. (2009) zählen zu den Aufgaben der Ergotherapie die Rolle der persönlichen Beraterin, welche mit den Arbeitgebenden verhandelt. Betroffene bezeichnen die Ergotherapie bei der Interaktion mit den Arbeitgebenden und dem Eintreten für die Klientel als besonders hilfreich (Libeson et al., 2020). Der Ethik-Kodex* (AOTA, 2015) sowie das OTPF (AOTA, 2014) verpflichtet die Ergotherapie dazu, eine kompetente, klientenzentrierte Interessenvertretung zu leisten. Laut Dhillon et al. (2016) verfügen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten über viele der Fähigkeiten, die erforderlich sind, um als «Advocate» auftreten zu können. Auch Townsend und Polatajko (2013) zählen «advocate» zu den «enablement skills», welche die Fertigkeiten der Ergotherapie beschreiben. Gourdeau et al. (2018) stellt es als wichtig dar, dass Fachpersonen ihrer Klientel vermitteln, wie sie für sich selbst eintreten kann, was von Hilpert Naomi, Weber Sarah

Dhillon et al. (2016) bestätigt wird. O’Keefe et al. (2019) nennt diesbezüglich die frühzeitige Aufklärung der Klientel über Leistungen zur beruflichen Integration und über relevante Ansprüche. Dazu müssen Fachkräfte über Kenntnisse zur Prozedur und Richtlinien zur Arbeitsrehabilitation verfügen. Auch das Wissen über Gesetze und Verordnungen ist erforderlich (Stover, 2016). Stover (2016) erklärt, dass das Einbeziehen von Beweisen, sei es aus der Wissenschaft, der Gesetzgebung oder der Politik, ein nützliches und äusserst effektives Mittel bei der Interessenvertretung ist.

Tabelle 21

Zur Aufgabe «Sich einsetzen für die Klientel» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten

Rolle	Kompetenzen	Wissen, Fertigkeiten
Health Advocate (HF)	<p>Unterstützen beim Verstehen von relevanten Informationen und Zugangsvermittlung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem (5.1.1)</p> <p>Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)</p>	<p>Interessensvertretung der Klientel bezüglich betätigungsbegünstigender Veränderungen (5.3.2), Benennen von Strukturen, in denen Handlungsbedarf besteht (5.3.3), Betätigungsentfaltung im gesellschaftlichen Kontext ermöglichen (5.3.4)</p> <p><u>Wissen über:</u> Modelle zu «Health Advocacy»* und Betätigungsgerechtigkeit (5.2.1), Mikro-, Meso- und Makrodynamik von Betätigungsanliegen (5.2.2), Wege der Einflussnahme im Umgang mit Sozialversicherungen (5.2.3), Evidenz der Gesundheitsförderung, Unfallverhütung, Prävention (5.2.4), Interdependenzen* in sozialen Systemen (5.2.5), Betätigungsrelevante Einflussfaktoren (5.2.8)</p>
Communicator (TF)	<p>Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1)</p> <p>Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)</p>	<p>Gestaltung einer vertrauensvollen Beziehung (2.3.1) und adressatengerechten Kommunikation (2.3.7), Moderation und Gesprächsführung (2.3.4), konstruktives Verhandeln mit Anspruchsgruppen (2.3.6), effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation (2.3.10)</p> <p><u>Wissen über:</u> Kommunikationstheorien und -modelle (2.2.1), effektive mündliche Kommunikation (2.2.3)</p>
Scholar (TF)	<p>Spezifische Wissensweitergabe (6.1.2)</p>	<p>Einsetzen einer Bandbreite an Lehrmethoden (6.3.3), Erkennen von Erfahrungswissen (6.3.5), Geben und Einholen von Feedback (6.3.7)</p> <p><u>Wissen über:</u> Prozesse, Formen und Wirkung der Wissensvermittlung (6.2.1), Lernstile und Lernstrategien (6.2.2), Feedbackverfahren (6.2.3)</p>

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

5.9 Zusammenfassung der Diskussion

Folgende Fragestellung war Ausgangslage dieser Bachelorarbeit: «Welche Kompetenzen kann die Ergotherapie in der Schweiz bei der beruflichen Integration von erwachsenen Menschen nach erlittenem SHT einbringen und welche Aufgaben kann sie dabei übernehmen?» Auf Basis der fünf Hauptstudien konnten einige mögliche Aufgaben der Ergotherapie zusammengetragen werden. Weiter konnte anhand des Rollen-Kompetenz-Profiles (Kneisner & Kalt, 2020) beschrieben werden, welche Kompetenzen die Ergotherapie bei der Aufgabenausführung einbringen kann. Die hergeleiteten Aufgaben sowie die Kompetenzen sind in der Tabelle 22 als Übersicht zusammengestellt.

Tabelle 22

Zusammenfassung aller Aufgaben mit den zugeteilten Rollen sowie Kompetenzen

Aufgaben	Rollen	Kompetenzen
Durchführen der Evaluation	Expert (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2) - Bestimmen von Befunderhebungsmethoden (1.1.3) - Analysieren von Betätigung und Kontextfaktoren (1.1.4 / 1.1.5) - Einschränkungen erkennen (1.1.6)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation (2.1.1)
	Leader (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltiges Organisieren der eigenen Tätigkeiten (4.1.1) - Handeln nach gültigen Qualitätsstandards (4.1.3)
Unterstützen des Selbstfindungsprozesses	Expert (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2) - Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3) - Berücksichtigen der Kontextfaktoren bei Interventionen (1.1.5) - Einschränkungen erkennen und Ressourcen nutzen (1.1.6)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Mit Kommunikationsstil die Autonomie der Klientel stärken (2.1.2) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)
	Scholar (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Lernprozess der Klientel fördern (6.1.1)

Aufgaben	Rollen	Kompetenzen
Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen	Expert (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen in Betätigungsdurchführung anwenden, um gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (1.1.1) - Betätigungsorientierte Durchführung des Prozesses (1.1.2) - Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3) - Berücksichtigen der Kontextfaktoren bei Interventionen (1.1.5)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation (2.1.1)
	Leader (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltiges Organisieren der eigenen Tätigkeiten (4.1.1) - Handeln nach gültigen Qualitätsstandards (4.1.3)
Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges	Leader (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Nachhaltiges Organisieren von zur Verfügung stehenden Ressourcen (4.1.1)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1) - Mit Kommunikationsstil Klientel an Entscheidungsfindung teilhaben lassen und ihre Autonomie stärken (2.1.2) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)
	Teamworker (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Respektvoll und lösungsorientiert mit Berufsangehörigen aus Gesundheits- und Sozialwesen zusammenarbeiten (3.1.1) - Ergotherapeutische Sichtweise einbringen und aufzeigen, wie Handlungsfähigkeit Gesundheit und Wohlbefinden beeinflusst (3.1.2)
Führen eines aktiven Dialoges	Communicator (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1) - Mit Kommunikationsstil Klientel an Entscheidungsfindung teilhaben lassen und ihre Autonomie stärken (2.1.2) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)
	Teamworker (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Respektvoll und lösungsorientiert mit Berufsangehörigen aus Gesundheits- und Sozialwesen zusammenarbeiten (3.1.1) - Ergotherapeutische Sichtweise einbringen und aufzeigen, wie Handlungsfähigkeit Gesundheit und Wohlbefinden beeinflusst (3.1.2)
	Professional (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Berücksichtigen des Berufskodex des EVS bei der Berufsausübung (7.1.2)

Aufgaben	Rollen	Kompetenzen
Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen	Expert (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Kompetenzen in Betätigungsdurchführung anwenden, um gesellschaftliche Partizipation zu ermöglichen (1.1.1) - Klientenzentrierte Durchführung des Prozesses (1.1.2) - Bestimmen von Interventionsmethoden (1.1.3) - Berücksichtigen und Anpassen von Kontextfaktoren (1.1.4 / 1.1.5) - Einschränkungen erkennen, Ressourcen nutzen und Hilfsmittel einsetzen (1.1.6)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten (2.1.3)
	Health Advocate (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)
Durchführen von Edukation	Scholar (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Wissensweitergabe (6.1.2)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation (2.1.1) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten (2.1.3)
	Health Advocate (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)
Sich einsetzen für die Klientel	Health Advocate (HF)	<ul style="list-style-type: none"> - Unterstützen beim Verstehen von relevanten Informationen und Zugangsvermittlung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem (5.1.1) - Sich einsetzen für eine inklusive Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen (5.1.2)
	Communicator (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Angepasste Kommunikation und Unterstützen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung (2.1.1) - Respektvoller, sensibler Umgang mit Beteiligten und Klientel befähigen für eigene Anliegen einzutreten (2.1.3)
	Scholar (TF)	<ul style="list-style-type: none"> - Spezifische Wissensweitergabe (6.1.2)

Anmerkung. HF = Hauptfokus; TF = Teilfokus

Die Evaluation bildet die Grundlage für die Arbeitsrehabilitation. Die klientenzentrierte, ganzheitliche Sichtweise der Ergotherapie erweist sich dafür als vorteilhaft, da diese zu einem tieferen Verständnis der Situation des Betroffenen beiträgt. Die Ergotherapie bezieht verschiedene Kontextfaktoren in die Erfassung mit ein und weiss, wie verschiedene Aspekte mit der Arbeitsfähigkeit des Betroffenen zusammenhängen. Bei der Ausführung bringt sie die in der Tabelle 22 beschriebenen Kompetenzen ein. Weiter zeichnet sie sich dadurch aus, dass sie die Evaluation mit dem Hintergrundwissen der Betätigungswissenschaft vornimmt.

Die Unterstützung des Selbstfindungsprozesses der Klientel kam als eine weitere Aufgabe der Ergotherapie hervor. Sie fördert den Prozess, indem sie Umgebungen schafft, in denen die Klientel die eigenen Fähigkeiten in der Betätigung testen kann und sie die Erfahrungen gemeinsam mit der Klientel reflektiert. Dies hilft der Klientel in ihrer Identitätsfindung und beim Erhalt angemessener Arbeitsplatzanpassungen. Die Ergotherapie setzt dabei unter anderem ihre Kompetenzen aus der Scholar-Rolle ein, weil sie einen Reflexionsprozess bei der Klientel anregt und passende Lernbedingungen schafft.

Beim Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen arbeitet die Ergotherapie mit der Klientel an Arbeitsfertigkeiten, arbeitsspezifischen Fertigkeiten sowie kognitiven Funktionen. Die Ergotherapie hebt sich bei dieser Aufgabenausführung hervor, indem sie das Training explizit in der Betätigung am Arbeitsplatz oder in simulierten Bedingungen durchführt. Dies entspricht der Kompetenz einer betätigungsorientierten Therapiedurchführung der Expert-Rolle.

Der regelmässige Austausch der Ergotherapie mit dem interprofessionellen Team, sehen die Autorinnen nicht als spezifische Aufgabe in der beruflichen Integration, sondern als ihre Pflicht. Denn gemäss dem Berufskodex gehört es zum professionellen Verhalten der Ergotherapie den Informationsaustausch im interprofessionellen Team zu suchen und die Zusammenarbeit aktiv mitzugestalten (EVS, 2011).

Bei den Aufgaben «Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges» und «Führen eines aktiven Dialoges» ist die Wichtigkeit der Kompetenzen des Teamworkers sowie des Communicators ersichtlich. Dort sticht sowohl die Zusammenarbeit im interprofessionellen Team, als auch der rege Austausch mit dem Arbeitgebenden und weiteren Beteiligten heraus. In diesem Zusammenhang kommt hervor, dass sich eine Koordinationsperson für den Informationstransfer als hilfreich erweist. Aus der Literatur geht hervor, dass die Ergotherapie die Funktion als Koordinationsperson übernehmen kann.

Die Aufgaben sind teilweise eng miteinander verknüpft. Dies zeigt sich auch bei den Aufgaben «Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen», «Durchführen von Edukation» sowie «sich einsetzen für die Klientel». Häufig müssen Arbeitgebende in Verbindung mit Arbeitsplatzanpassungen aufgeklärt werden, da oft zu wenig Wissen und Verständnis vorhanden ist. Dazu wird die Ergotherapie durch die Kompetenzen der Scholar-Rolle befähigt. Weiter dient die Edukation auch als ein Mittel, um sich für die Klientel einzusetzen. Werden beispielsweise Arbeitsplatzanpassungen vom Arbeitgebenden

verweigert, muss sich die Ergotherapie für die Klientel und die Betätigungsgerechtigkeit aktiv einsetzen, wobei sie die Kompetenzen des Health Advocates anwendet.

Bei der Hälfte der identifizierten Aufgaben liegt der Hauptfokus bei der Expert-Rolle. Dies zeigt auf, dass bei der Durchführung der identifizierten Aufgaben, viele ergotherapeutische Kompetenzen eingebracht werden können. Auffällig ist, dass bei allen Aufgaben die Communicator-Rolle vorkommt, was bedeutet, dass das Verfügen über die dazugehörigen Kompetenzen von hoher Bedeutung im Bereich der beruflichen Integration ist. Der Professional-Rolle werden im Rahmen dieser Arbeit zwar keine Aufgabe als Hauptfokus zugeteilt, dennoch hat sie ihre Berechtigung in der beruflichen Integration. Die Kompetenzen des Professionals kommen vor allem darin hervor, dass die Ergotherapie bei der Berufsausübung den Berufskodex des EVS berücksichtigt, was als Teilfokus bei der Aufgabenausführung beschrieben wird.

6 Kritische Würdigung

In den folgenden Unterkapitel werden die Hauptstudien von den Autorinnen kritisch gewürdigt und die Limitationen der vorliegenden Arbeit beschrieben.

6.1 Kritische Würdigung der Hauptstudien

Die Tabelle 23 zeigt bezüglich der kritischen Würdigung die wichtigsten Aspekte auf. Die vollständigen Würdigungen der Hauptstudien sind im Anhang E zu finden.

Tabelle 23

Kritische Würdigung der Hauptstudien

Studie	Güte	Evidenzlevel ¹	Zusammenfassende Gesamteinschätzung
Gourdeau et al. (2018) <i>Qualitative, deskriptive Sekundär-analyse</i>	Hohe Güte	Stufe 6 (level of studies)	<ul style="list-style-type: none">+ Die Studie wurde von fünf Forschenden durchgeführt, welche dem Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Toronto angehören.+ Die Datenanalyse erfolgte nach Braun und Clarke (2006).+ Mehrere Forschende führten die Datenanalyse unabhängig voneinander durch und anschliessend wurden Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede immer wieder reflektiert und diskutiert.+ Die Ergebnisse werden nachvollziehbar präsentiert und oft mit passenden Zitaten untermauert. Diese wurden klar zugeordnet, wobei der Datenschutz trotzdem gegeben ist.+ Der demografische Hintergrund der Studienteilnehmenden lässt eine Übertragung auf die Schweiz zu.+ Die Empfehlungen sowie Implikationen sind gut beschrieben und zeigen wichtige und gut umsetzbare Punkte für die Praxis in der Ergotherapie auf.+/- Die Wahl des qualitativen Designs ist nachvollziehbar. Jedoch wird nicht näher beschrieben, weshalb eine Sekundäranalyse gewählt wurde.

Studie	Güte	Evidenzlevel ₁	Zusammenfassende Gesamteinschätzung
			<ul style="list-style-type: none"> - Die Datenerhebung ist teilweise etwas lückenhaft beschrieben und gewisse Informationen müssen in der Primärstudie nachgeschlagen werden. Zudem fand die Datenerhebung im Jahr 2013 statt, wodurch die Daten bereits etwas älter sind. - Limitationen werden genannt, allerdings nicht sehr ausführlich beschrieben.
O'Keefe et al. (2019) <i>Systematic Scoping Review</i>	Hohe Güte	Stufe 4 (level of syntheses)	<ul style="list-style-type: none"> + Die Suchstrategie ist angemessen breit und das methodische Vorgehen wurde präzise dargestellt. + Es waren drei unabhängige Forschende aus der Ergotherapie an der Studienauswahl beteiligt, welche die Literatur untereinander diskutierten. + Die Datenanalyse wurde genau beschrieben und erfolgte nach einer bestimmten Leitlinie. + Die Ergebnisse beantworten die Forschungsfragen, da die inkludierten Studien die Themen breit abdecken. + Die Resultate sind mehrheitlich nachvollziehbar beschrieben und es werden zusätzliche Tabellen genutzt. - Im Resultatteil kommen einige Flüchtigkeiten hervor, welche an der genauen Arbeitsweise der Forschenden zweifeln lässt. - Fast die Hälfte der inkludierten Studien sind älter als zehn Jahre. Es werden bezüglich dem Publikationsjahr weder eine Beschränkung des Alters noch eine Begründung für die Wahl älterer Quellen beschrieben. - Die Übertragung der Ergebnisse auf andere Länder ist eingeschränkt, da keine Aussage zu den geografischen Hintergründen der inkludierten Studien gemacht wurde.
Soeker und Pape (2019) <i>Multiple Case Study</i>	Mittlere Güte	Stufe 6 (level of studies)	<ul style="list-style-type: none"> + Die Voreingenommenheit sowie Annahmen des Forschenden wurden durch ein reflexives Tagebuch sichtbar gemacht. + «Member-Checking»* wurde vom Forschenden angewendet. + Triangulation* wurde vom Forschenden angewendet, indem während der Analyse Beobachtungs- sowie Feldnotizen hinzugezogen wurden. +/- Die Studie wurde von zwei Forschenden (beides Ergotherapeuten) durchgeführt, von denen der eine einen Dokortitel in Ergotherapie hat. Allerdings wird in der Studie immer nur von einem Forschenden gesprochen. +/- Die Teilnehmenden wurden reproduziert aus einer früheren Studie aus dem Jahr 2017 vom selben Autor. In der entsprechenden Studie aus dem Jahr 2017 wurde eine Zufallsstichprobe angewandt. +/- Bei der Datenerhebung sowie der Datenanalyse gingen die Forschenden nach R.K. Yin (1994) vor. Allerdings ist die Beschreibung der konkreten Vorgehensschritte der Forschenden teilweise etwas lückenhaft. +/- Ergebnisse werden mit Zitaten und einfachen Beobachtungen untermauert, teilweise wurden etwas unpassende Zitate gewählt.

Studie	Güte	Evidenzlevel ₁	Zusammenfassende Gesamteinschätzung
			<ul style="list-style-type: none"> - Die Datenanalyse wurde von nur einer Person durchgeführt. - Erschwerte Übertragbarkeit der Ergebnisse auf den Schweizer Kontext infolge der demografischen Hintergründe der Teilnehmenden.
Stergiou-Kita et al. (2016) <i>explorative qualitative Studie</i>	Hohe Güte	Stufe 6 (level of studies)	<ul style="list-style-type: none"> + Das wissenschaftliche Vorgehen ist klar und nachvollziehbar dargestellt. + Die Datenerhebung und -analyse wurde von mehreren Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt und die kodierten Daten wurden innerhalb des Forschungsteams diskutiert. Drei der fünf Forschenden arbeiten für das Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Toronto. + Die Triangulation sowie die negative Fallanalyse wurden durchgeführt. + Die Ergebnisse sind reichhaltig und mithilfe von Tabellen und passenden Zitaten verdeutlicht. + Aufgrund der Ergebnisse kann das Forschungsziel als erreicht betrachtet werden. + Die Empfehlungen für die Praxis sowie zukünftige Forschung sind nachvollziehbar und bieten einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen. - Es wurde weder «Member-Checking» noch «Peer-Debriefing»* angewandt. - Durch die gezielte Auswahl der Stichprobe besteht ein Selektions-Bias*. - Die beschränkte Stichprobe lässt keine klare Übertragung auf andere Kontexte zu. Denn diese setzt sich aus Personen von zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen zusammen, welche Evaluationen und Behandlungen für Personen mit arbeitsbedingten SHT anbieten und deren Rehabilitation von einer bestimmten Versicherung übernommen werden. Dies wurde jedoch von den Forschenden als Limitation benannt.
van Dongen et al. (2018) <i>deskriptive Kohorten- studie</i>	Mittlere Güte	Stufe 6 (level of studies)	<ul style="list-style-type: none"> + Aus- sowie Einschlusskriterien für die Stichproben sind bezüglich der Fragestellungen angemessen gewählt. + Das Programm zur Arbeitsrehabilitation ist ausführlich beschrieben und somit replizierbar. + Das angewendete statistische Verfahren ist angemessen beschrieben und mit den vorliegenden Datenniveaus vereinbar. + Anhand von beigezogener Literatur werden die gefundenen Ergebnisse angemessen diskutiert. Es wurden bereits ähnliche Ergebnisse in früheren Studien gefunden. +/- Das Forschungsziel ist etwas breit gefasst. Mit den klar beschriebenen Forschungsfragen findet allerdings eine Eingrenzung des Ziels statt. +/- Die Stichprobengrösse ist für die Population angemessen. Allerdings ist die Population sehr spezifisch, wodurch sich die Ergebnisse nur beschränkt auf alle Personen mit erworbenen Hirnverletzungen übertragen lassen. Aufgrund des ausführlichen Programmebeschreibs sind dennoch Schlussfolgerungen für andere Kontexte möglich.

Studie	Güte	Evidenzlevel ¹	Zusammenfassende Gesamteinschätzung
			<p>+/- Die Forschenden nennen wichtige Limitationen der Studie. Allerdings werden in der Studie nicht alle möglichen Verzerrungen und Einflüsse beschrieben.</p> <p>- Ein Instrument zur Datenerhebung kann infolge einer lückenhaften Beschreibung weder repliziert noch auf die Reliabilität sowie Validität geprüft werden. Zudem fehlen Aussagen der Forschenden dazu.</p>

¹nach DiCenso et al. (2009)

6.2 Limitationen der Arbeit

Durch den Mangel an geeigneten Evidenzen in der Schweiz zum Thema der vorliegenden Arbeit stammen die Studien aus anderen Ländern (Kanada, Australien, Südafrika, Niederlande). Es müssen demzufolge kulturelle Unterschiede sowie mögliche Differenzen in den Arbeitssystemen berücksichtigt werden. Hervorzuheben ist hierbei die Studien von Soeker und Pape (2019), welche sich auf eine Population mit einem stark unterschiedlichen demografischen Hintergrund als die Schweiz bezieht. Beispielsweise wird erwähnt, dass die Arbeitsleistung der Klientel während den Behandlungssitzungen teilweise beeinträchtigt war, da sie aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Bedingungen im Land hungrig waren und sie sich dadurch nur schlecht konzentrieren konnten. Infolge der hohen klinischen Relevanz zur Beantwortung der Fragestellung wurde die Studie dennoch inkludiert (siehe Kapitel 3.2). Aufgrund der genannten Unterschiede ist die Übertragung der Ergebnisse auf den Schweizer Kontext nur mit Vorbehalt möglich. Weiter gilt kritisch zu betrachten, dass sich nicht alle Studien nur auf das SHT beziehen, sondern dass es zwei Studien (O'Keefe et al., 2019; van Dongen et al., 2018) gibt, die auch andere erworbene Hirnverletzungen miteinschliessen. Zudem muss beachtet werden, dass die in den Hauptstudien beschriebenen Massnahmen in unterschiedlichen Settings angewendet werden, wodurch die Ergebnisse nicht vorbehaltlos auf alle Kontexte übertragen werden können.

Die identifizierten Aufgaben zeigen nicht die ganze Bandbreite an möglichen Aufgaben der Ergotherapie im Bereich der beruflichen Integration auf. Sie beschränken sich auf die Aufgaben, welche aus den fünf Hauptstudien hergeleitet werden konnten.

Bezüglich der Einordnung der Studienaussagen in das Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) sowie der Zuordnung der Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten ist zu erwähnen, dass sie auf einem gewissen Interpretationsspielraum der Autorinnen beruhen. Obwohl die Autorinnen bei der Literaturrecherche strukturiert und sorgfältig vorgehen, ist nicht auszuschliessen, dass einige zur Beantwortung der Fragestellung relevante Studien nicht miteinbezogen wurden. Weiter muss bezüglich der Arbeitsweise der Autorinnen berücksichtigt werden, dass diese lediglich über Grundkenntnisse zur kritischen Würdigung von Studien verfügen, was sich auf die Qualität der Studienbeurteilung auswirken kann.

7 Theorie-Praxis-Transfer

Dieses Kapitel zeigt einen Transfer zwischen Theorie und Praxis auf. Dabei werden Aussagen von Muriel Rossier, die beim Kompetenzzentrum rehapunkt als Ergotherapeutin in der beruflichen Integration von Menschen mit neurologischen Beeinträchtigungen tätig ist, als Ergänzung hinzugenommen.

Gemäss WFOT (2011) ist das Ziel der Ergotherapie, Menschen für die Durchführung von bedeutungsvollen Aktivitäten zu befähigen, indem sie mit ihnen an notwendigen Fähigkeiten arbeitet oder die Umwelt sowie die Betätigung verändert. Oftmals ist die Arbeit eine solche bedeutungsvolle Aktivität. Infolgedessen könnte der RTW für viele Menschen nach erworbener Hirnschädigung ein vorrangiges Rehabilitationsziel sein (Fries & Reuther, 2016). Dabei stellen SHT-Folgen wie beispielsweise körperliche, kognitive und psychische Beeinträchtigungen (Libeson et al., 2020), Fatigue (Beaulieu, 2019) und Minderbelastbarkeit (Fries & Reuther, 2016) für Betroffene beim RTW grosse Herausforderungen dar. Diese werden zusätzlich verstärkt indem es sich oftmals um unsichtbare Beeinträchtigungen handelt (Gilworth et al., 2008). Aufgrund dieser unterschiedlichen Schwierigkeiten ist eine Begleitung des RTW durch ein berufsübergreifendes Team von grosser Bedeutung (Playford et al., 2011). Es ist erstrebenswert, dass die Ergotherapie in der Schweiz als Teil dieses Teams berücksichtigt wird. Denn mit ihrem ganzheitlichen Ansatz sowie ihrem medizinischen Hintergrundwissen kann sie sich von anderen Berufsgruppen in der beruflichen Integration wie beispielsweise der sozialen Arbeit abgrenzen und dadurch einen Mehrwert im Rehabilitationsteam erbringen.

Wie im Diskussionsteil ersichtlich ist, kann die Ergotherapie in der Schweiz ihre Kompetenzen nach dem Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) in unterschiedlichen Aufgaben einbringen. Zur Evaluation werden neben Symptomen, Arbeitsfertigkeiten und arbeitsspezifischen Fertigkeiten auch Hintergrundinformationen sowie Informationen zu Arbeitsanforderungen der Klientel gesammelt (Stergiou-Kita et al., 2016). Dabei wendet die Ergotherapie entsprechend der Kompetenz 1.1.3 angemessene Befunderhebungsmethoden an. Weiter unterstützt die Ergotherapie in Übereinstimmung mit der Fertigkeit 1.3.18 Betroffene bei der Entwicklung der Betätigungsidentität, die nach einem SHT verändert sein kann (Soeker & Pape, 2019). Rossier (persönliche Mitteilung, 23. März 2022) beschreibt den Prozess der Identitätsentwicklung bei allen Klientinnen und Klienten als lange und sehr individuell. Gemäss AOTA (2014) müssen in der Ergotherapie Hilpert Naomi, Weber Sarah

Körperfunktionen sowie Körperstrukturen zur Förderung der Betätigungsausführung berücksichtigt werden. Zur Verbesserung von Funktionen sowie Fertigkeiten achtet die Ergotherapie gemäss Kompetenz 1.1.2 auf eine betätigungsorientierte Durchführung des Therapieprozesses, was mit der Empfehlung von Fisher (2014) übereinstimmt. Viele Menschen nach SHT benötigen Arbeitsplatzanpassungen (van Dongen et al., 2018), was zeigt, dass es ein wichtiger Bereich der beruflichen Integration ist. Die Ergotherapie kann gemäss AOTA (2014) die Umwelt sowie die Aktivität anpassen und die Benützung von Hilfsmitteln trainieren. Hierbei wendet sie ihr Wissen zum Veränderungspotential von Umweltfaktoren nach 1.2.13 an. Im Zusammenhang mit den Arbeitsplatzanpassungen unterstreicht Rossier (persönliche Mitteilung, 23. März 2022) die Wichtigkeit, nicht nur die physische Umwelt anzupassen, sondern beispielsweise auch Aufgaben oder Pausenzeiten. Als Koordinationsperson kann die Ergotherapie den Informationstransfer zwischen beteiligten Akteuren übernehmen (Dol et al., 2021) und die Zusammenarbeit aller fördern (Öst Nilsson et al., 2017). Die Ergotherapie übernimmt dabei entsprechend der Fertigkeit 2.3.4 die Moderation sowie die Gesprächsführung. Zudem ist es gemäss Öst Nilsson (2017) wichtig, dass die Koordinationsperson Besuche und Gespräche am Arbeitsplatz durchführt. Dies macht Rossier (persönliche Mitteilung, 23. März 2022) regelmässig und erlebt den aktiven Dialog mit allen Beteiligten als sehr bedeutsam. Das Thema der Kommunikation zieht sich durch alle identifizierten Aufgaben, weil die Ergotherapie mit vielen unterschiedlichen Personen in Kontakt tritt. Infolgedessen sind die Kompetenzen der Communicator-Rolle zentral. Die Unsichtbarkeit vieler SHT-Folgen führt beim Umfeld zu falschen Annahmen sowie mangelndem Verständnis und erschwert den RTW (Gourdeau et al., 2018). Deshalb sollte die Ergotherapie einerseits das Umfeld baldmöglichst über Einschränkungen nach SHT aufklären (Hooson et al., 2013) und sich andererseits für Arbeitsplatzanpassungen einsetzen, wo Arbeitgebende keine Notwendigkeit sehen. Hierbei gibt die Ergotherapie in Übereinstimmung mit Kompetenz 6.1.2 ihr spezifisches Wissen weiter und setzt sich nach Kompetenz 5.1.2 für gesundheitsfördernde Bedingungen ein. Rossier (persönliche Mitteilung, 23. März 2022) führt auch diese Aufgaben in der Praxis aus, wobei sich die Edukation als Prozess gestaltet und sowohl verbal, schriftlich oder visuell sein kann. Bezüglich Arbeitgebende treffe sie oft auf viel Wohlwollen den betroffenen Arbeitnehmenden gegenüber, welches jedoch manchmal durch ungenügendes Wissen in Bezug auf die Einschränkungen strapaziert werden kann.

8 Schlussfolgerung

Verschiedene Beeinträchtigungen erschweren vielen Menschen nach erlittenem SHT den RTW, wobei die Unsichtbarkeit einiger Einschränkungen sich als zusätzliche Herausforderung darstellt. Obwohl die berufliche Integration für viele Betroffene ein wichtiges Ziel darstellt, zeigen Studien, dass die Wiedereingliederungsrate tief ist. Da Arbeit eine wichtige Betätigung für viele Menschen darstellt, ist sie ein zentrales Thema der Ergotherapie. Diese Bachelorarbeit zeigt auf, dass die Ergotherapie Personen nach einem SHT in ihren Herausforderungen beim RTW gut unterstützen kann. Leider schränken Rahmenbedingungen in der Schweiz Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten ein, sich im Bereich der beruflichen Integration zu etablieren.

In der Bachelorarbeit wird ersichtlich, welche Aufgaben die Ergotherapie bei Menschen nach erlittenem SHT in der beruflichen Integration übernehmen und welche Kompetenzen sie nach dem Rollen-Kompetenz-Profil (Kneisner & Kalt, 2020) in der Schweiz einbringen kann (siehe Kapitel 5). Die Fragestellung kann trotzdem nicht vollumfänglich beantwortet werden, da lediglich einige Aufgaben und Kompetenzen zusammengetragen werden und Limitationen beachtet werden müssen (siehe Kapitel 6.2).

In den Hauptstudien sowie in weiterer Literatur zeichnet sich ab, dass die Ergotherapie aufgrund ihres klientenzentrierten, ganzheitlichen sowie betätigungsorientierten Ansatzes, ihres medizinischen Hintergrundwissens und ihrer kommunikativen Kompetenzen in den untersuchten Ländern einen hohen Stellenwert bei der beruflichen Integration von Menschen nach erlittenem SHT besitzt. Sie unterstützt die Arbeitsrehabilitation der Klientel in unterschiedlichster Weise, beispielsweise indem sie die Identitätsfindung von Betroffenen fördert und sich für Betätigungsgerechtigkeit einsetzt. Durch all diese genannten Punkte erbringt die Ergotherapie einen Mehrwert in der beruflichen Integration. Diese Bachelorarbeit zeigt auf, dass die Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten in der Schweiz Kompetenzen erwerben, welche sie bei der Durchführung der identifizierten Aufgaben einbringen können.

Damit jedoch die Ergotherapie in der Schweiz ihre Rolle in der beruflichen Integration uneingeschränkt übernehmen und den Bund beim Grundsatz «Eingliederung vor Rente» unterstützen kann, besteht Handlungsbedarf. Beispielsweise sollte durch Öffentlichkeitsarbeit die Bekanntheit der Ergotherapie allgemein aber besonders bei der IV, dem wichtigsten Kostenträger in der beruflichen Integration, gefördert werden. Denn bislang ist die Ergotherapie mit ihren Kompetenzen bei der IV noch wenig bekannt und erhält entsprechend nur wenige Aufträge. Die Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit könnten

bei der Öffentlichkeitsarbeit dienlich sein. Für die Ergotherapie wäre zudem eine Leistungsvereinbarung zwischen dem EVS und der IV hilfreich, damit sie sich in der beruflichen Integration etablieren kann.

Weiter zeigt sich ein Forschungsbedarf für Studien, welche die Wirksamkeit von ergotherapeutischen Interventionen in der beruflichen Integration untersuchen. Und es könnte von Interesse sein, die Erfahrungen von Betroffenen zu erforschen, welche durch die Ergotherapie beim RTW begleitet wurden.

Diese Bachelorarbeit zeigt auf, dass Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten durch ihre Ausbildung an der ZHAW wichtige Kompetenzen erwerben, die sie in der Berufsausübung in diesem Gebiet brauchen. Trotzdem wäre es unterstützend, wenn Themen der beruflichen Integration wie beispielsweise das Sozialversicherungsrecht einen grösseren Stellenwert im Lehrplan einnehmen würden.

Literaturverzeichnis

- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (2021). *Eingliederungsorientierte Beratung, Früherfassung und Frühintervention*. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.12.d>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (2022a). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV*. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.09.d>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (2022b). *Leistungen der Invalidenversicherung [IV]*. <https://www.ahv-iv.ch/p/4.01.d>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (n.d.a). *Allgemeines: Wie kann ein Anspruch auf Leistungen geltend gemacht werden?* <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Allgemeines#qa-1208>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (n.d.b). *Eingliederungsmassnahmen: Können Anbieter von beruflichen Massnahmen der IV die Kosten in Rechnung stellen?* <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Eingliederungsmassnahmen#qa-1220>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (n.d.c). *Eingliederungsmassnahmen: Was sind Eingliederungsmassnahmen?* <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Eingliederungsmassnahmen#qa-1219>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (n.d.d). *Glossar: Erster und zweiter Arbeitsmarkt*. <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Glossar/term/erster-und-zweiter-arbeitsmarkt>
- Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung [AHV/IV]. (n.d.e). *Leistungen: Welches Ziel verfolgt die Frühintervention?* <https://www.ahv-iv.ch/de/Sozialversicherungen/Invalidenversicherung-IV/Leistungen#qa-1214>
- AMBOSS. (2022, März 19). *Schädelhirntrauma*. <https://www.amboss.com/de/wissen/Sch%C3%A4delhirntrauma>
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2014). Occupational therapy practice framework: Domain and process 3rd edition. *American Journal of Occupational Therapy*, 68(1), 1–48. <https://doi.org/10.5014/ajot.56.6.609>
- American Occupational Therapy Association [AOTA]. (2015). Occupational therapy code of ethics. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(3), 1–8.

<https://doi.org/dx.doi.org/10.5014/ajot.2015.696S03>

Barnes, T., Holmes, J., & National Executive Committee of the College of Occupational Therapists Specialist Section – Work. (2009). *Occupational Therapy in Vocational Rehabilitation: A brief guide to current practice in the UK*. College of Occupational Therapists.

<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/media/CLT/ResourceUploads/1005446/OTVROutline.pdf>

Bartholomeyczik, S., Linhart, M., Mayer, H., & Mayer, H. (2008). *Lexikon der Pflegeforschung: Begriffe aus Forschung und Theorie*. Urban & Fischer in Elsevier.

Beaulieu, K. (2019). Lived experiences of return to paid work following a brain injury. *British Journal of Occupational Therapy*, 82(11), 658–665.

<https://doi.org/10.1177/0308022619860980>

Beratung MeH - Beratungsstelle für Menschen mit erworbenen Hirnschäden. (n.d.). *Erworbene Hirnschädigung*. <https://beratung-meh.de/information/erworbene-hirnschaedigung/>

Berding, J., Dehnhardt, B., Fischer, A., Marotzki, U., Mentrup, C., Reichel, K., Rode, A., Scheffler, J., & Späth, A. (2010). *Fachwörterbuch Ergotherapie: Deutsch-Englisch, Englisch-Deutsch; ergotherapeutische Fachbegriffe unter der Lupe; Definitionen und Erläuterungen* (Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V., Hrsg.; 1. Aufl.). Schulz-Kirchner.

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2012, Dezember 7). *Evaluation der 5. IV-Revision: Positive Zwischenbilanz*. Bundesamt für Sozialversicherungen. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-47079.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]. (2021, April 7). *Invalidenversicherung IV*. Bundesamt für Sozialversicherungen. <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/sozialversicherungen/iv.html>

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] & Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (2021a). *Weiterentwicklung der IV - Die Vorlage im Überblick*. <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/iv/faktenblaetter/Weiterentwicklung%20IV/higru-weiv-ueberblick.pdf.download.pdf/hgrudo-weiterentwicklung-ai-vorlage-im-ueberblick-de.pdf>

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] & Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (2021b). *Die schweizerische Invaliditätsvorsorge*.

https://www.bundespublikationen.admin.ch/cshop_mimes_bbl/14/1402EC7524F81EDC95D0374913C2E520.pdf

Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV] & Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (2022). *Kreisschreiben über die beruflichen Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung [KSBEM]*.

<https://sozialversicherungen.admin.ch/de/d/18459/download>

Bundesamt für Statistik. (n.d.). *Geschützte Arbeit*.

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/erwerbstaetigkeit/geschuetzte-arbeit.html>

Canadian Association of Occupational Therapists [CAOT]. (2015). *CAOT Position Statement: Occupational therapy and workplace health*.

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwihzLvru_D1AhXWgv0HHdICBj0QFnoECAMQAQ&url=https%3A%2F%2Fcaot.in1touch.org%2Fdocument%2F3709%2FO%2520%2520OT%2520and%2520Workplace%2520Health.pdf&usg=AOvVaw2biM3B9xrGXMb0Tktmf_iF

Critical Appraisal Skills Programme. (2018). *CASP Systematic Review Checklist*.

<https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/>

Dehnhardt, B. (2012). Canadian Model of Occupational Performance and Engagement [CMOP-E]. *ERGOTHERAPIE*, 12(8), 22–26.

Dhillon, S., Wilkins, S., Law, M. C., Stewart, D. A., & Tremblay, M. (2010). Advocacy in occupational therapy: Exploring clinicians' reasons and experiences of advocacy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 77(4), 241–248.

<https://doi.org/10.2182/cjot.2010.77.4.6>

Dhillon, S., Wilkins, S., Stewart, D., & Law, M. (2016). Understanding advocacy in action: A qualitative study. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(6), 345–352.

<https://doi.org/10.1177/0308022615583305>

Diakonie Stetten e.V. (2022). *Hamet Handlungsorientierte Testverfahren* (hamet, Hrsg.).

https://hamet.diakonie-stetten.de/fileadmin/user_upload/hamet/KAoA_KAoA-Star/2021_hamet_Ueberblick.ppsx

DiCenso, A., Bayley, L., & Haynes, R. B. (2009). Accessing pre-appraised evidence: Fine-tuning the 5S model into a 6S model. *Evidence-Based Nursing*, 12(4), 99–101.

<https://doi.org/10.1136/ebn.12.4.99-b>

Dillahunt-Aspillaga, C., Jorgensen Smith, T., Hanson, A., Ehlke, S., Stergiou-Kita, M.,

Dixon, C. G., & Quichocho, D. (2015). Exploring vocational evaluation practices following traumatic brain injury. *Behavioural Neurology*, 2015, 1–11.

<https://doi.org/10.1155/2015/924027>

Dol, M., Varatharajan, S., Neiterman, E., McKnight, E., Crouch, M., McDonald, E., Malachowski, C., Dali, N., Giau, E., & MacEachen, E. (2021). Systematic review of the impact on return to work of return-to-work coordinators. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 31(4), 675–698. <https://doi.org/10.1007/s10926-021-09975-6>

Dudenredaktion. (n.d.a). Auf-ga-be. In *Duden*. Abgerufen am 23. März 2022, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Aufgabe>

Dudenredaktion. (n.d.b). In-ter-de-pen-denz. In *Duden*. Abgerufen am 31. März 2022, von <https://www.duden.de/rechtschreibung/Interdependenz>

Dünnwald, U., & Köser, P. (2015). Vom Weg zum Ziel—Der begründete Einsatz von Aktivitäten und Medien in der Arbeitstherapie. In W. Höhl, P. Köser, & A. Dochat (Hrsg.), *Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie—Arbeitsrehabilitation—Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 115–124). Schulz-Kirchner.

Eidgenössisches Departement des Innern [EDI]. (n.d.). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Eidgenössisches Departement des Innern.

<https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/aktuell/recht1/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2011). *Berufskodex des ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz*.

<https://www.ergotherapie.ch/berufsausuebung/ethik>

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2019). *Tarifvertrag zwischen dem ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz sowie dem Schweizerischen Roten Kreuz und der Medizinaltarif-Kommission UVG [MTK], der Militärversicherung [MV] vertreten durch die Schweizerische Unfallversicherungsanstalt [Suva], Abteilung Militärversicherung und der Invalidenversicherung [IV] vertreten durch das Bundesamt für Sozialversicherungen [BSV]*.

<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=3EwKyuta1vc%3D&id=128>

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (2022). *338 Ergotherapie-Tarif (MTK - EVS/SRK)*.

<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D>

%3D&id=1170

ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz [EVS]. (n.d.). *Übersicht Tarifpositionen des Tarifvertrages EVS/SRK - santésuisse*.

<https://www.ergotherapie.ch/download.php?cat=6JLvL2DYoAPKasSNvUf3Dw%3D%3D&id=765>

Feiler, M. (2019). Wie das Reasoning in die Ergotherapie kam. In M. Feiler (Hrsg.), *Professionelles und Klinisches Reasoning in der Ergotherapie: Ein Leitfaden für reflektiertes Denken und Handeln* (S. 21–27). Thieme. <https://doi.org/10.1055/b-006-163228>

Fisher, A. G. (2014). *Occupational Therapy Intervention Process Model: Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention* (B. Dehnhardt, Übers.). Schulz-Kirchner.

Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz [FKG]. (2021). *Professionsspezifische Kompetenzen*.

<https://www.zhaw.ch/storage/gesundheit/studium/abschlusskompetenzen/professionsspezifische-kompetenzen-2021-gesundheitsberufe.pdf>

Flick, U. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>

FRAGILE Suisse. (2017). *Leben mit einer Hirnverletzung: Ein Leitfaden für Betroffene und Angehörige. Fachinformationsschrift 1*.

https://www.fragile.ch/fileadmin/user_upload/Downloads/05_Medien_Publikationen/Shop/43531_Fragile_Fachinfo_Nr_1_web.pdf

Frank, J. R., Snell, L., & Sherbino, J. (2015). *CanMEDS 2015: Physician Competency Framework*. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

<https://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-e.pdf>

Fries, W., & Reuther, P. (2016). Berufliche Wiedereingliederung in der ambulanten neurologischen Rehabilitation. *neuroreha*, 8(1), 10–15. <https://doi.org/10.1055/s-0041-111302>

Frost, R., Aggett, L., Stratton, V., & Balkwill, S. (2014). Occupational therapy and job retention: Supporting clients, supporting employers. *British Journal of Occupational Therapy*, 77(6), 324–327. <https://doi.org/10.4276/030802214X14018723138192>

Gardner, B. T., Pransky, G., Shaw, W. S., Nha Hong, Q., & Loisel, P. (2010). Researcher

perspectives on competencies of return-to-work coordinators. *Disability and Rehabilitation*, 32(1), 72–78. <https://doi.org/10.3109/09638280903195278>

- Gasser, S. (2021). Berufsbild Ergotherapie: Grundstein für eine vielfältige Laufbahn. Ein Blick in die Schweiz. *ergotherapie*, 2021(3), 14–17.
- Gilworth, G., Eyres, S., Carey, A., Bhakta, B., & Tennant, A. (2008). Working with a brain injury: Personal experiences of returning to work following a mild or moderate brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 40(5), 334–339. <https://doi.org/10.2340/16501977-0169>
- Glasgow Coma Scale. (n.d.). *Glasgow Coma Scale*. The Glasgow structured approach to assessment of the Glasgow Coma Scale. <https://www.glasgowcomascale.org/>
- Gourdeau, J., Fingold, A., Colantonio, A., Mansfield, E., & Stergiou-Kita, M. (2018). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works? *Disability and rehabilitation*, 42(4), 552–561. <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1503733>
- Gresch, B. (2020). Wie sich Ergotherapie und berufliche Integration ergänzen und kombinieren lassen. *ERGOTHERAPIE*, 20(8), 20–22.
- Hammer, G. P., Prel, J.-B., & Blettner, M. (2009). Vermeidung verzerrter Ergebnisse in Beobachtungsstudien. *Deutsches Ärzteblatt international*, 106(41), 664–668. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2009.0664>
- Harris, M. B., Rafeedie, S., McArthur, D., Babikian, T., Snyder, A., Polster, D., & Giza, C. C. (2019). Addition of occupational therapy to an interdisciplinary concussion clinic improves identification of functional impairments. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 34(6), 425–432. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000544>
- Hogrefe. (n.d.a). Fähigkeit. In *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 23. März 2022, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/faehigkeit#search=2432e1f7ac47f611d7642bef4deb6d1d&offset=0>
- Hogrefe. (n.d.b). Wissen. In *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Abgerufen am 23. März 2022, von <https://dorsch.hogrefe.com/stichwort/wissen#search=06f0bfc8167ab875cf76883f68b50f1a&offset=0>
- Höhl, W. (2015). Arbeitsdiagnostische Instrumente—Gezielte Suche, Auswahl, Einsatzmöglichkeiten und beispielhafte Kurzvorstellung einiger ausgewählter Verfahren. In W. Höhl, P. Köser, & A. Dochat (Hrsg.), *Produktivität und Teilhabe am*

Arbeitsleben: Arbeitstherapie—Arbeitsrehabilitation—Gesundheitsförderung (1. Aufl., S. 115–124). Schulz-Kirchner.

Hoogerdijk, B., Runge, U., & Haugboelle, J. (2011). The adaptation process after traumatic brain injury: An individual and ongoing occupational struggle to gain a new identity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 122–132.

<https://doi.org/10.3109/11038121003645985>

Hooson, J. M., Coetzer, R., Stew, G., & Moore, A. (2013). Patients' experience of return to work rehabilitation following traumatic brain injury: A phenomenological study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 23(1), 19–44.

<https://doi.org/10.1080/09602011.2012.713314>

International Classification of Functioning, Disability and Health [ICF] Research Branch. (2017). *Comprehensive ICF Core Set for Traumatic Brain Injury*. [https://www.icf-research-](https://www.icf-research-branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_ICF_Core_Set_for_TBI.pdf)

[branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_ICF_Core_Set_for_TBI.pdf](https://www.icf-research-branch.org/images/ICF%20Core%20Sets%20Download/Comprehensive_ICF_Core_Set_for_TBI.pdf)

IV-Stelle Wallis. (2022). *Allgemeine Rahmenbedingungen für die Durchführung von Massnahmen der Invalidenversicherung*.

<https://www.aivs.ch/data/documents/RahmenbedingungenIV-StelleWallis01.01.2022.pdf>

Joss, M. (2007). The importance of job analysis in occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(7), 301–303.

<https://doi.org/10.1177/030802260707000705>

Kielhofner, G. (2008). Dimensions of Doing. In G. Kielhofner (Hrsg.), *Model of human occupation: Theory and application* (4. Aufl., S. 101–109). Wolters Kluwer.

Klinger, L. (2005). Occupational adaptation: Perspectives of people with traumatic brain injury. *Journal of Occupational Science*, 12(1), 9–16.

<https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686543>

Kneisner, M., & Kalt, K. (2020). *Rollen-Kompetenz-Profil 2020: Darstellung der Abschlusskompetenzen als Arbeitsversion im Rahmen der Studierendenbegleitung und aller Module im BSc Ergotherapie* [Framework]. Moodle@ZHAW.

https://moodle.zhaw.ch/pluginfile.php/245561/mod_folder/content/0/GrundlagenStuBe_Stud._SJ21_22_ER19.pdf?forcedownload=1

Köhler, K., & Adam, P. (Hrsg.). (2008). *Arbeitstherapie und Arbeitsrehabilitation—Arbeitsfelder der Ergotherapie*. Thieme.

- Kranz, F. (2017). Occupational Science – Betätigung verstehen. *ergopraxis*, 17(10), 12–13. <https://doi.org/10.1055/s-0043-113919>
- Lee, J., & Kielhofner, G. (2010). Vocational intervention based on the Model of Human Occupation: A review of evidence. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 17(3), 177–190. <https://doi.org/10.3109/11038120903082260>
- Lengsfeld, J. (n.d.). *Definition Bezugsrahmen*.
<https://joernlengsfeld.com/de/definition/bezugsrahmen/>
- Libeson, L., Downing, M., Ross, P., & Ponsford, J. (2020). The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury [TBI]: A qualitative study. *Neuropsychological Rehabilitation*, 30(3), 412–429. <https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1470987>
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. SAGE Publications.
- Lorenzen, H. (2010). *Fatigue Management - Umgang mit chronischer Müdigkeit und Erschöpfung: Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige und Fachleute des Gesundheitswesens* (1. Aufl.). Schulz-Kirchner.
- Mattle, H., & Mumenthaler, M. (2013). *Neurologie* (13. Aufl.). Thieme.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Beltz.
- medistat. (n.d.). *Interraterreliabilität*. medistat - Medizinische Statistik.
<https://www.medistat.de/glossar/uebereinstimmung/interraterreliabilitaet>
- Meier, C. (2015). *Handlungsfelder für die Ergotherapie im Bereich Arbeitsintegration* [Unveröffentlichte Masterarbeit]. Hochschule Luzern.
- Meier, C. (2020). Unerkanntes Potential? – Ergotherapie in der Beruflichen Integration. *ERGOTHERAPIE*, 20(2), 6–9.
- Meier, L. L., & Semmer, N. K. (2019). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In K. Moser & H. Schuler (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (6. Aufl., S. 473–509). Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85997-000>
- Meier, S. (2014, November 26). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Forschen im Praxissemester. <https://blogs.uni-paderborn.de/fips/2014/11/26/qualitative-inhaltsanalyse/>
- Mentrup, C., & Wenger, C. (2015). Praxismodelle als Grundlage arbeitsrehabilitativen Handelns. In W. Höhl, P. Köser, & A. Dochat (Hrsg.), *Produktivität und Teilhabe am Arbeitsleben: Arbeitstherapie—Arbeitsrehabilitation—Gesundheitsförderung* (1. Aufl., S. 89–103). Schulz-Kirchner.
- Minira AG. (n.d.). *Minira Integration als Lebenschance*.
<https://www.minira.ch/eingliederungsmassnahmen/>

- miro gmbh. (n.d.). *MELBA*. <https://www.miro-gmbh.de/de/uebersicht-melba/>
- Nieuwesteeg-Gutzwiller, M.-T., & Somazzi, M. (2009). *Handlungsorientierte Ergotherapie: Das Bieler Modell als Grundlage für Ausbildung und Praxis*. Hogrefe.
- O’Keefe, S., Stanley, M., Adam, K., & Lannin, N. A. (2019). A systematic scoping review of work interventions for hospitalised adults with an acquired neurological impairment. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 569–584.
<https://doi.org/10.1007/s10926-018-9820-8>
- Öst Nilsson, A., Eriksson, G., Johansson, U., & Hellman, T. (2017). Experiences of the return to work process after stroke while participating in a person-centred rehabilitation programme. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 349–356. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1249404>
- Phillips, J., Drummond, A., Radford, K., & Tyerman, A. (2010). Return to work after traumatic brain injury: Recording, measuring and describing occupational therapy intervention. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(9), 422–430.
<https://doi.org/10.4276/030802210X12839367526138>
- Playford, E. D., Radford, K., Burton, C., Jellie, B., Sweetland, J., & Watkins, C. (2011). *Mapping vocational rehabilitation services for people with long term neurological conditions: Summary report*. <https://www.networks.nhs.uk/nhs-networks/vocational-rehabilitation/documents/FinalReport.pdf>
- Pro Infirmis. (n.d.). *Berufliche Eingliederungsmassnahmen der IV*.
<https://www.proinfirmis.ch/behindertwastun/arbeit/berufliche-eingliederungsmassnahmen-der-iv.html>
- Pschyrembel. (n.d.). Arbeit. In *Pschyrembel Online*. Abgerufen am 23. März 2022, von <https://www.pschyrembel.de/Arbeit%20%5BSoziologie%5D/S005A>
- Rehaklinik Bellikon. (n.d.a). *Factsheet Aufbautraining*.
<https://www.rehabellikon.ch/kompetenzzentrum-berufliche-eingliederung/integrationsmassnahmen/>
- Rehaklinik Bellikon. (n.d.b). *Factsheet Belastbarkeitstraining*.
<https://www.rehabellikon.ch/kompetenzzentrum-berufliche-eingliederung/integrationsmassnahmen/>
- Rehaklinik Bellikon. (n.d.c). *Kompetenzzentrum berufliche Eingliederung*.
<https://www.rehabellikon.ch/kompetenzzentrum-berufliche-eingliederung/>
- rehapunkt - Kompetenzzentrum für Ergotherapie, Neurorehabilitation und Berufliche Integration. (n.d.). *Berufliche Integration*. <https://www.rehapunkt.ch/infos-berufliche->

integration

- Ris, I., & Preusse-Bleuler, B. (2015). *Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal [AICA] eines Forschungsartikels*. Schulungsunterlagen der Bachelorstudiengänge im Departement Gesundheit ZHAW.
- Soeker, M. S. (2012). The development of the model of occupational self efficacy: An occupational therapy practice model to facilitate returning to work after a brain injury. *Work*, 43(3), 313–322.
- Soeker, M. S., & Pape, C. (2019). The use of the model of occupational self-efficacy for work retraining: A multiple case study. *Occupational Therapy International*, 2019(1), 1–8. <https://doi.org/10.1155/2019/3867816>
- Sozialversicherungsamt Aargau. (2019). *Allgemeine Rahmenbedingungen für die Durchführung von Massnahmen der Invalidenversicherung*. <https://www.sva-ag.ch/sites/default/files/media/document/2019.08.01%20ARB%20AG.pdf>
- Schweizerisches Rotes Kreuz [SRK]. (n.d.). *Die Anfänge der Ergotherapie SRK*. <https://geschichte.redcross.ch/ereignisse/ereignis/die-anfaenge-der-ergotherapie-srk.html>
- Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung [SSUV]. (2021a). *Gehirnerschütterung*. https://unfallstatistik.ch/d/neuza/med_stat/pdf/UVMed_S060_.pdf
- Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung [SSUV]. (2021b). *Intrakranielle Verletzung*. https://unfallstatistik.ch/d/neuza/med_stat/pdf/UVMed_S06XX.pdf
- Stadler-Grillmaier, J. (2007). ENOTHE-Projekt «ET-Fachterminologie» – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie. *ergoscience*, 2(3), 100–106. <https://doi.org/10.1055/s-2007-963236>
- Stergiou-Kita, M., Grigorovich, A., Dawson, D., Bottari, C., & Hebert, D. (2016). Do current vocational evaluation practices in traumatic brain injury align with best practices? Strengths, challenges and recommendations. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 309–322. <https://doi.org/10.1177/0308022616631759>
- Stergiou-Kita, M., Rappolt, S., Kirsh, B., & Shaw, L. (2009). Evaluating work readiness following acquired brain injury: Building a shared understanding. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(4), 276–284. <https://doi.org/10.1177/000841740907600406>
- Stover, A. D. (2016). Client-centered advocacy: Every occupational therapy practitioner's responsibility to understand medical necessity. *The American Journal of*

- Occupational Therapy*, 70(5), 1–6. <https://doi.org/10.5014/ajot.2016.705003>
- Svensson, T., Mussener, U., & Alexanderson, K. (2006). Pride, empowerment, and return to work: On the significance of promoting positive social emotions among sickness absentees. *Work*, 27(1), 57–65.
- Townsend, E., & Polatajko, H. J. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation* (2. Aufl.). CAOT Publication.
- United Nations Organization [UNO]. (2006, Dezember 13). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Fedlex Die Publikationsplattform des Bundesrechts. <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2014/245/de>
- van Dongen, C. H., Goossens, P. H., van Zee, I. E., Verpoort, K. N., Vliet Vlieland, T. P. M., & van Velzen, J. M. (2018). Short-term and long-term outcomes of a vocational rehabilitation program for patients with acquired brain injury in the netherlands. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(3), 523–530. <https://doi.org/10.1007/s10926-017-9738-6>
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Edelaar, M. J. A., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2009). How many people return to work after acquired brain injury?: A systematic review. *Brain Injury*, 23(6), 473–488. <https://doi.org/10.1080/02699050902970737>
- van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2015). Early vocational rehabilitation after acquired brain injury: A structured and interdisciplinary approach. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 42(1), 31–40. <https://doi.org/10.3233/JVR-140725>
- Waddell, G., Burton, A. K., & Kendall, N. (2008). *Vocational rehabilitation: What works, for whom, and when?* <https://vrassociationuk.com/wp-content/uploads/2020/10/hwwb-vocational-rehabilitation-1.pdf>
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2011). *Erklärung zur Ergotherapie* (H. Dangl, M. Feiler, & C. Jenni, Übers.). <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwig25Ps-eD2AhWDgv0HHUn8AgMQFnoECBYQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.wfot.org%2Fcheckout%2F1863%2F19935&usg=AOvVaw1Xa86XQBtlgD2EExnFGz0U>
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2013). *Positionserklärung Beruflichen Rehabilitation* (H. Dangl, M. Feiler, & C. Jenni, Übers.).

<https://wfot.org/resources/vocational-rehabilitation>

- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2017). *Positionserklärung Ergotherapie im Arbeitsbezogenen Training* (H. Dangl, M. Feiler, & E. Rothenberger, Übers.). <https://www.wfot.org/checkout/1948/2107>
- World Federation of Occupational Therapists [WFOT]. (2019). *Position statement Occupational Therapy and Human Rights*. <https://wfot.org/checkout/20827/25957>
- Wheeler, S., & Acord-Vira, A. (2019). *Menschen mit Schädel-Hirn-Trauma*. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/85785-000>
- World Health Organization [WHO]. (2005). *ICF: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf>
- World Health Organization [WHO]. (2022a, Februar). *NA07 Intracranial injury*. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F277610609>
- World Health Organization [WHO]. (2022b, Februar 11). *Part 1—An Introduction to ICD-11: International Classification of Diseases [ICD]*. ICD-11 Reference Guide. <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html#part-1-an-introduction-to-icd11>
- Yasuda, S., Wehman, P., Targett, P., Cifu, D., & West, M. (2001). Return to work for persons with traumatic brain injury: *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 80(11), 852–864. <https://doi.org/10.1097/00002060-200111000-00011>

Zusatzverzeichnisse

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Selektionsprozess.....	15
Abbildung 2 Der Expert-Rolle zugeteilte Themenfelder.....	20
Abbildung 3 Der Communicator-Rolle zugeteilte Themenfelder	25
Abbildung 4 Der Teamworker-Rolle zugeteilte Themenfelder.....	27
Abbildung 5 Der Leader-Rolle zugeteiltes Themenfeld	29
Abbildung 6 Der Health Advocate-Rolle zugeteilte Themenfelder	31
Abbildung 7 Der Scholar-Rolle zugeteilte Themenfelder.....	33
Abbildung 8 Der Professional-Rolle zugeteiltes Themenfeld	35
Abbildung 9 Die sieben Rollen des Rollen-Kompetenz-Profiles nach Kneisner & Kalt (2020)	37

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Rollen nach dem Rollen-Kompetenz-Profil nach Kneisner und Kalt (2020)	9
Tabelle 2 Schlüsselworte, Keywords, Synonyme	11
Tabelle 3 Ein- und Ausschlusskriterien	13
Tabelle 4 Suchabfragen	16
Tabelle 5 Übersicht der Hauptstudien	18
Tabelle 6 Zuteilung der Kompetenzen aus der Expert-Rolle	24
Tabelle 7 Zuteilung der Kompetenzen aus der Communicator-Rolle	26
Tabelle 8 Zuteilung der Kompetenzen aus der Teamworker-Rolle	28
Tabelle 9 Zuteilung der Kompetenzen aus der Leader-Rolle	30
Tabelle 10 Zuteilung der Kompetenzen aus der Health Advocate-Rolle	32
Tabelle 11 Zuteilung der Kompetenzen aus der Scholar-Rolle	34
Tabelle 12 Zuteilung der Kompetenzen aus der Professional-Rolle	35
Tabelle 13 Zuteilung der Aufgaben zur Rolle inklusive Einteilung des Schwerpunkts in den Rollen	37
Tabelle 14 Zur Aufgabe «Durchführen der Evaluation» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	39
Tabelle 15 Zur Aufgabe «Unterstützen des Selbstfindungsprozesses» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	41
Tabelle 16 Zur Aufgabe «Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	43
Tabelle 17 Zur Aufgabe «Koordinieren des beruflichen Wiedereinstieges» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	45
Tabelle 18 Zur Aufgabe «Führen eines aktiven Dialoges mit allen Beteiligten» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	47
Tabelle 19 Zur Aufgabe «Durchführen von Arbeitsplatzanpassungen» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	49
Tabelle 20 Zur Aufgabe «Durchführen von Edukation» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	50
Tabelle 21 Zur Aufgabe «Sich einsetzen für die Klientel» zugeteilte Kompetenzen, Wissen und Fertigkeiten	52
Tabelle 22 Zusammenfassung aller Aufgaben mit den zugeteilten Rollen sowie Kompetenzen	53
Tabelle 23 Kritische Würdigung der Hauptstudien	58
Hilpert Naomi, Weber Sarah	80

Abkürzungsverzeichnis

AHV/IV	Alters- und Hinterlassenenversicherung/Invalidenversicherung
AICA	Arbeitsinstrument für ein Critical Appraisal
AOTA	American Occupational Therapy Association
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
CAOT	Canadian Association of Occupational Therapists
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CMOP	Canadian Model of Occupational Performance
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EVS	ErgotherapeutInnen-Verband Schweiz
FKG	Fachkonferenz Gesundheit der Fachhochschulen Schweiz
ICD-11	International Classification of Diseases 11
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IGVE-TBI	Inter-professional Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury
IV	Invalidenversicherung
MOHO	Model of Human Occupation
MOOSE	Model of Occupational Self-Efficacy
OTPF	Occupational Therapy Practice Framework
RTW	Return to work
SHT	Schädelhirntrauma
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
SSUV	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung
UNO	United Nations Organization
WFOT	World Federation of Occupational Therapists
WHO	World Health Organization
ZHAW	Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Wortzahl

Abstract:	199 Wörter
Arbeit:	11'995 Wörter

Danksagung

Wir danken von Herzen allen Personen, die uns beim Verfassen dieser Arbeit unterstützt haben.

- Frau Maren Kneisner für die Begleitung unserer Bachelorarbeit, die wertvollen Inputs und Gedankenanstöße während des Prozesses und ihr Engagement.
- Herr Stephan Staffelbach als Ansprechperson des Praxispartners für das Vertrauen in unsere Arbeit und die Beantwortung unserer Zwischenfragen.
- Frau Muriel Rossier für den wertvollen sowie informativen Austausch über ihre praktischen Erfahrungen in der beruflichen Integration und die Inputs zum Einleitungsteil.
- Frau [REDACTED] und Herrn Albrecht Konrad für den wertvollen sowie informativen Austausch über die berufliche Integration.
- Frau Carmen Villa für den kritischen Blick auf unsere Arbeit.
- Frau Ramona Hilpert für die Grammatikprüfung.

Eigenständigkeitserklärung

«Wir, Naomi Hilpert und Sarah Weber, erklären hiermit, dass wir die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst haben.»

Winterthur, 03.05.2022

Winterthur, 03.05.2022

Naomi Hilpert

Sarah Weber

Anhang

A Glossar

Adaptionsbedarf	Adaptation bedeutet Anpassung (Berding, 2010). Zum einen geht es nach Hagedorn (2000, zitiert nach Berding et al., 2010) um die Anpassung einer Person an bestimmte Faktoren der Umwelt und zum anderen um die Anpassung der Umwelt an die Person. Folglich zeigt der Adaptionsbedarf auf, welche Anpassung eine Person benötigt.
Advocate	Gemäss Berding (2010) bedeutet advocate, sich für jemanden einsetzen und advocacy wird übersetzt mit Fürsprache, Fürsprecher. Townsend und Polatajko (2013) führen aus, dass dies bedeutet, für Menschen zu sprechen, zu argumentieren und mit ihnen oder für sie zu handeln. Es gehe darum kritische Perspektiven aufzuzeigen, zu sensibilisieren und wichtige Entscheidungsträger mit neuen Möglichkeiten vertraut zu machen.
Aktivität	Der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (2004, zitiert nach Berding et al., 2010) sagt, dass Aktivität auch als Synonym für Handlung verwendet wird, welche eine Reihe von Aktionen beinhaltet. Berding (2010) fasst zudem zusammen, dass Betätigung und Aktivität häufig als Synonym gebraucht werden.
Behinderung	Gemäss Art. 2 Abs. 1 des Behindertengleichstellungsgesetz [BehiG] liegt eine Behinderung vor, wenn eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung es einer Person erschwert oder verunmöglicht, eine Erwerbstätigkeit auszuführen, sich aus- und weiterzubilden, sich fortzubewegen, Verrichtungen im Alltag vorzunehmen sowie soziale Kontakte zu pflegen.
Berufskodex des EVS	Mit dem Berufskodex des EVS werden ethische und qualitative Richtlinien für das berufliche Handeln in der Ergotherapie definiert (EVS, 2011). Der Berufskodex sei auf der Grundlage des Ethik-Kodexes des WFOT und dem Standard zur beruflichen Praxis des Council of Occupational Therapists for the European Countries [COTEC] sowie auf der Basis relevanter Schweizer Gesetze und Richtlinien erstellt worden.
Betätigung	Der Begriff Betätigung (aus dem Englischen: occupation) bezieht sich auf die alltäglichen Aktivitäten, die Menschen als Einzelpersonen, in Familien und Gemeinschaften ausüben, um ihre Zeit zu verbringen und ihrem Leben Sinn und Zweck zu verleihen (WFOT, 2012, zitiert nach AOTA, 2014). Betätigungen seien Dinge, die Menschen tun müssen, tun wollen und von denen erwartet wird, dass sie diese tun.

Betätigungsadaptation	Kielhofner (2008) definiert die Betätigungsadaptation (aus dem Englischen: occupational adaptation) als Aufbau einer positiven Betätigungsidentität mit dem Erreichen der entsprechenden Betätigungskompetenz. Dies geschehe über einen Zeitraum durch eine konstante Interaktion zwischen der Umwelt und den personellen Faktoren.
Betätigungsgerechtigkeit	Der WFOT (2019) versteht unter Betätigungsgerechtigkeit (aus dem Englischen: occupational justice) die Verwirklichung des Betätigungsrechts. Dieses wird definiert als das Recht aller Menschen, die Betätigungen auszuüben, die sie zum Überleben brauchen, die sie als sinnvoll erachten und die positiv zu ihrem eigenen Wohlergehen und zum Wohlergehen ihrer Gemeinschaften beitragen (WFOT, 2019).
Betätigungsidentität	Die Betätigungsidentität (aus dem Englischen: occupational identity) generiert sich laut Kielhofner (2008) aus der eigenen Betätigungsgeschichte. Sie werde definiert als ein gemischter Sinn davon, wer jemand ist und in Zukunft als tätiges Wesen sein möchte. Nach Christiansen (1999, zitiert nach Kielhofner, 2008) bezieht sich Identität auf eine zusammengesetzte Definition des Selbst, einschliesslich Rollen und Beziehungen, Werte, Selbstverständnis sowie persönliche Wünsche und Ziele. Die Teilnahme an Betätigung trägt dazu bei, die Identitäten zu schaffen (Kielhofner, 2008).
Betätigungskompetenz	Kielhofner (2008) beschreibt die Betätigungskompetenz (aus dem Englischen: occupational competence) als das Ausmass, in dem eine Person in der Lage ist, ein erfolgreiches Muster der Betätigungspartizipation aufrechtzuerhalten, das die eigene Betätigungsidentität reflektiert.
Betätigungsperformanz	Mit der Betätigungsperformanz (aus dem Englischen: occupational performance) ist die Art und Weise gemeint, wie eine Person ihre Betätigungen aus- bzw. durchführt (AOTA, 2014). Die Betätigungsperformanz sei eine dynamische Interaktion zwischen der Klientel, dem Kontext und der Aktivität.
Betätigungsungerechtigkeit	Betätigungsungerechtigkeit (aus dem Englischen: occupational injustice) ist ein Missbrauch von Betätigungs- und Menschenrechten (WFOT, 2019). Weiteres ist unter dem Stichwort Betätigungsgerechtigkeit ersichtlich.
Betätigungswissenschaft	Betätigungswissenschaft (aus dem Englischen: occupational science) untersucht das menschliche Handeln und bietet mithilfe von Theorie und Forschung eine wissenschaftliche Basis für die ergotherapeutische Praxis (Kranz, 2017). Erkenntnisse der Betätigungswissenschaft würden Werte und Qualität der

	ergotherapeutischen Ausbildung sowie Praxis prägen und evidenzbasiertes Arbeiten unterstützen.
Bezugssystem	Bezugssystem (aus dem Englischen: frame of reference) bildet den Rahmen für ergotherapeutisches Denken und Handeln, da es das Verständnis und die Bewertung von wesentlichen Begriffen und Konzepten der Ergotherapie ermöglicht (Berding et al., 2010).
Canadian Model of Occupational Performance [CMOP]	Das CMOP ist ein ergotherapeutisches Model, welches 1997 veröffentlicht und im Jahr 2007 um die Sichtweise des Engagements erweitert wurde → Canadian Model of Occupational Performance and Engagement [CMOP-E] (Dehnhardt, 2012). Dehnhardt (2012) beschreibt das Modell wie folgt: Das Modell wird als Grafik dargestellt und umfasst drei Hauptkomponenten, bei welchen Wechselbeziehungen bestehen: Mensch, Betätigung und Umwelt. Im Zentrum steht der Mensch (als Dreieck dargestellt) und in dessen Mittelpunkt steht die Spiritualität umgeben von den affektiven, physischen und kognitiven Komponenten. Der mittlere Kreis stellt die folgenden Betätigungsbereiche dar: Selbstversorgung, Freizeit und Produktivität (Arbeit zum Geldverdienen, Haushaltsführung, ehrenamtliche Tätigkeiten etc.). Der äusserste Kreis bildet die Umwelt ab, in welcher der Mensch seine Betätigungen ausführt. Dies umfasst die physische, soziale, kulturelle und institutionelle Umwelt. Da wo sich menschliche Komponente, Betätigung und Umwelt überschneiden, kommt die Ergotherapie zum Tragen (Dehnhardt, 2012).
Deduktive Vorgehensweise	Bei der Vorgehensweise der deduktiven Kategorienbildung nach Mayring werden die Kategorien vor der Analyse des Datenmaterials aufgestellt und definiert (Meier, 2014). Es handle sich dabei um ein strukturierendes Verfahren, welches zum Ziel habe, festgelegte Elemente aus dem Material zu extrahieren. Das Datenmaterial wird gesichtet und alle relevanten Textstellen werden den passenden Kategorien zugeteilt (Meier, 2014). Diese Zuteilung solle von verschiedenen Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt werden und möglichst übereinstimmend sein, um eine angemessene Güte zu erreichen.
Eingliederungsmassnahmen	Eingliederungsmassnahmen sind Massnahmen, die von der IV gesprochen werden können und haben das Ziel, die Erwerbsfähigkeit wiederherzustellen, zu verbessern oder zu erhalten (AHV/IV, 2022a). Die Massnahmen seien so oft als möglich im ersten Arbeitsmarkt durchzuführen, wodurch die Chancen einer beruflichen Eingliederung erhöht werden soll. Als Eingliederungsmassnahmen gelten gemäss AHV/IV (n.d.c) «Medizinische Massnahmen», «Integrationsmassnahmen», «Berufliche Massnahmen»,

	«Hilfsmittel» und «Taggelder» sowie Reisekostenvergütung als zusätzliche Leistungen.
ENOTHE-Terminologie	Der Professionalisierungsprozess der Ergotherapie erfordert eine klare Fachsprache. Als Schwerpunkt werden dabei jene Begriffe geklärt, die das Tun und Handeln betreffen. Mit der Entwicklung von Konsensdefinitionen im Terminologieprojekt vom European Network of Occupational Therapy in Higher Education [ENOTHE] wird versucht, Inhalt und Bedeutung von in der Ergotherapie grundlegenden Begriffen zu klären. Für die Begriffe werden Konsensdefinitionen gefunden und jeweils in andere Sprachen, unter anderem Deutsch übersetzt (Stadler-Grillmaier, 2007).
Erworbene Hirnschädigung	Sind Schädigungen des Gehirns, die durch verschiedene Traumata wie beispielsweise Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Tumore, Infektionen oder Sauerstoffmangel herbeigeführt werden (Beratung MeH - Beratungsstelle für Menschen mit erworbenen Hirnschäden, n.d.). Die Schädigungen seien dementsprechend nicht angeboren, hätten jedoch oft dieselben Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit der Betroffenen, da je nach Hirnschädigung Einschränkungen im kognitiven, motorischen, sensorischen und/oder psychischen Bereich vorhanden sind.
Ethik-Kodex der AOTA	Der Kodex enthält anstrebenswerte Grundwerte, Verhaltensnormen und Grundsätze, welche eine Orientierung für ethisches Handeln in beruflichen und ehrenamtlichen Rollen bieten (AOTA, 2015).
Fähigkeit	Fähigkeiten (aus dem Englischen: ability) werden als personale Voraussetzungen beschrieben, die zur Ausführung bestimmter Leistungen erforderlich sind (Hogrefe, n.d.a). Eine Fähigkeit ist ein allgemeines Merkmal, welches eine Person mitbringt, wenn sie anfängt, eine neue Aufgabe zu erlernen (Trombly, 1995, zitiert nach Berding et al., 2010). Fähigkeiten seien eine Kombination von angeborenen Talenten und erworbener Fertigkeit.
Fatigue	Fatigue ist eine Bezeichnung für die krankhafte Ausprägung von Müdigkeit und Erschöpfung (Lorenzen, 2010). Sie wirke sich massiv auf alle alltäglichen Aktivitäten, das psychosoziale Wohlbefinden sowie die subjektive Lebensqualität aus.
Framework	Das Framework (in Deutsch: Bezugsrahmen) repräsentiert ein konzeptionelles Modell, welches als Gefüge aus Elementen und Relationen dargestellt wird (Lengsfeld, n.d.). Dadurch solle eine angemessene Beschreibung, Erklärung oder Gestaltung ermöglicht werden.

Frühinterventionsmassnahmen	Frühinterventionsmassnahmen werden von der IV gesprochen und haben das Ziel, eine gesundheitliche Zustandsverschlechterung mit raschem Handeln zu verhindern und die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit der Person soweit möglich aufrecht zu erhalten oder zu verbessern (AHV/IV, 2021). Folgende Massnahmen stehen gemäss AHV/IV (n.d.e) in der Frühintervention zur Verfügung: «Anpassung des Arbeitsplatzes», «Ausbildungskurse», «Arbeitsvermittlung», «Berufsberatung», «sozialberufliche Rehabilitation» und «Beschäftigungsmassnahmen».
Funktionen	Siehe Körperfunktionen
Fürsprecher	Siehe Advocate
Glasgow-Coma-Scale	Die Glasgow-Coma-Scale bietet eine praktische Methode zur Beurteilung des Bewusstseinszustands als Reaktion auf bestimmte Reize aus den drei Rubriken: Augenöffnen, beste Sprachantwort, beste motorische Antwort (Glasgow Coma Scale, n.d.). Für jede Rubrik würden separat Punkte vergeben werden, wobei sich der Bewusstseinszustand anschliessend aufgrund der Summe aller Punkte einordnen lässt.
hamet	Steht für «handwerklich-motorischer Eignungstest» und ist ein wissenschaftlich standardisiertes, handlungsorientiertes Testverfahren, welches die berufsbezogenen Basiskompetenzen und vorhandene Potenziale erfasst und fördert (Diakonie Stetten e.V., 2022). Die unterschiedlichen Verfahren würden auf die Zielperson passend ausgewählt und angewandt werden können. In den jeweiligen handlungsorientierten Testaufgaben werden die folgenden Faktoren gemessen: Routine und Tempo, Werkzeugeinsatz und -steuerung (einfach und komplex), Wahrnehmung und Symmetrie, Instruktionsverständnis und -umsetzung, Messgenauigkeit und Präzision (Diakonie Stetten e.V., 2022). Weiter würden soziale, personale und methodische Kompetenzen anhand von standardisierten Beobachtungsbögen erfasst werden.
Handlungsfähigkeit	Darunter wird die Fähigkeit einer Person verstanden, zielgerichtete Handlungen in den verschiedenen Lebensbereichen planen, durchführen und kriterienorientiert bewerten zu können (Nieuwesteeg-Gutzwiller & Somazzi, 2009).
Health Advocacy	Siehe Advocate
Induktive Kategorienentwicklung	Im Rahmen der induktiven Kategorienentwicklung nach Mayring werden die Kategorien nicht vor Begutachtung des Materials, sondern direkt aus dem Material selbst heraus gebildet (Meier, 2014). Hierbei handle es sich um eine zusammenfassende Inhaltsanalyse, deren Ziel in der Texteingrenzung bestehe, jedoch ohne den inhaltlichen Kern zu verändern. Korrelierende oder übereinstimmende

	Aspekte werden zusammengefasst und wenn bereits eine passende Kategorie besteht, dieser zugeteilt oder ansonsten wird eine neue Kategorie gebildet (Meier, 2014).
Interdependenzen	Interdependenz bedeutet eine gegenseitige Abhängigkeit (Dudenredaktion, n.d.b).
International Classification of Diseases 11 [ICD-11]	Die auf Deutsch genannte «Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten 11» ist ein Instrument zur Erfassung, Meldung und Gruppierung von Zuständen und Faktoren, welche die Gesundheit beeinflussen (WHO, 2022b). Ihr Zweck sei es, die systematische Erfassung, Analyse, Interpretation und den Vergleich von Mortalitäts- und Morbiditätsdaten zu ermöglichen, die in verschiedenen Ländern oder Regionen und zu verschiedenen Zeiten erhoben wurden.
Interrater-Reliabilität	Beschreibt die Übereinstimmungen bzw. Abweichungen in der von mehreren Beurteilenden durchgeführten Datenauswertung und -interpretation (medistat, n.d.).
Invalidität	Invalidität bedeutet eine ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Unfähigkeit, bisherigen Aufgaben nachzukommen – beispielsweise im Haushalt (BSV & EDI, 2021b). Die Ursache dafür müsse eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit sein, die mit medizinischer Behandlung und Eingliederungsmassnahmen nicht überwunden werden könne. Geburtsgebrechen, Krankheit, Berufskrankheit oder Unfall können Gründe für den Gesundheitsschadens sein (BSV & EDI, 2021b).
Invaliditätsvorsorge	Ein komplexes System bestehend aus verschiedenen Versicherungen, die zusammenarbeiten mit Leistungsberechtigten, Arbeitgebenden, Schulen, Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegeeinrichtungen (BSV & EDI, 2021b). Das wichtigste Ziel dabei sei der Erhalt sowie die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, damit diese für den Lebensunterhalt aufkommen sowie ein selbstständiges Leben führen können. Die Renten der Invaliden-, Unfall-, Militärversicherung oder der beruflichen Vorsorge helfen den Erwerbsausfall zu kompensieren im Falle, dass die berufliche Eingliederung unmöglich ist (BSV & EDI, 2021b).
Klinisches Reasoning	«Klinisches Reasoning ist ein Prozess, der von Ergotherapeuten angewandt wird, wenn sie Therapie planen, durchführen, Patienten anleiten, Angehörige beraten und wenn sie über ihre ergotherapeutische Arbeit reflektieren. Es ist ein Prozess, bei dem Therapeuten an vieles denken, über vielerlei nachdenken und unterschiedliche Standpunkte einbeziehen» (Mattingly & Fleming, 1994, zitiert nach Feiler, 2019, S. 24).

Kontext	In der Literatur werden die Begriffe Kontext und Umwelt häufig als Synonym verwendet (AOTA, 2014). Sie beziehen sich auf verschiedene, miteinander in Beziehung stehende Bedingungen, welche die Ausführung einer Aktivität beeinflussen (AOTA, 2014). Dazu würden die folgenden Dimensionen zählen: kulturelle, physische, soziale, persönliche, spirituelle, zeitliche und virtuelle. Im Deutschen wird oft auch das Synonym Umfeld verwendet (Berding et al., 2010).
Kontextfaktoren	Siehe Kontext
Körperfunktionen	Körperfunktionen stellen die physiologischen Funktionen vom Körpersystem dar und schliessen die kognitiven sowie psychologische Funktionen mit ein (WHO, 2005).
Leitlinie «Inter-professional Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury» [IGVE-TBI]	<p>Die IGVE-TBI wurde 2011 entwickelt, um dem Gesundheitspersonal Empfehlungen für die Evaluation der Arbeitsfähigkeit der Klientel an die Hand zu geben, damit eine einheitliche Praxis erreicht werden kann (Stergiou-Kita et al., 2016). Die Leitlinie enthalte 17 Empfehlungen, die in die folgenden sieben Stufen des Evaluationsprozesses eingebettet seien.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifizierung des Evaluierungszwecks und der wichtigsten Interessengruppen. 2. Sammeln von Hintergrundinformationen über den Gesundheitszustand, die Ausbildung, den beruflichen und sozialen Werdegang sowie die Arbeitsleistung vor und nach der Verletzung. 3. Beurteilung der Person in physischen, neuropsychologischen/kognitiven, psychosozialen, kommunikativen und funktionellen Bereichen. 4. Bewertung des Arbeitsplatzes und der persönlichen Unterstützung der Umwelt. 5. Beurteilung der beruflichen Anforderungen. 6. Analyse und Synthese der Evaluierungsergebnisse. 7. Ausarbeitung von Empfehlungen auf der Grundlage der vollständigen Evaluation.
MELBA	<p>MELBA ist ein Assessment und steht für «Merkmalprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit» (miro gmbh, n.d.).</p> <p>Das Fähigkeitsprofil zeige auf, über welche Fähigkeit eine Person zu einem bestimmten Zeitpunkt verfügt. Das Anforderungsprofil dokumentiert, welche Fähigkeiten in welchem Ausmass notwendig sind, um eine bestimmte Tätigkeit ausführen zu können (miro gmbh, n.d.). Durch den Profilvergleich könne anschliessend das Zusammenspiel, die Passung, von Fähigkeiten und Anforderungen eingeschätzt werden.</p>
Member-Checking	Dabei melden Forschende die Ergebnisse an die Interviewpartner zurück (Flick, 2014). Die Zustimmung der Interviewten zu den Ergebnissen würde somit als Ansatz der Validierung der Resultate gesehen werden.

Model of Human Occupation [MOHO]	<p>Das MOHO wurde von Gary Kielhofner entwickelt (Mentrup & Wenger, 2015). Im MOHO wird die menschliche Betätigung als Zusammenspiel zwischen der Person mit der dazugehörigen Umwelt und der Betätigung betrachtet (Mentrup & Wenger, 2015). Zur Person würden die Aspekte «Volition» (bestehend aus Interessen, Selbstbild und Werte), «Habitation» (bestehend aus Gewohnheiten und verinnerlichten Rollen) und das «Performanzvermögen» (bestehend aus motorischen und prozesshaften Fertigkeiten sowie den Interaktionsfertigkeiten) gehören. Die Umwelt besteht aus physischen, sozialen und kulturellen Elementen, wobei diese Elemente für das menschliche Handeln sowohl Möglichkeiten, Ressourcen als auch Anforderungen und Einschränkungen bedeuten können (Mentrup & Wenger, 2015). Im Bereich der Arbeitsrehabilitation könne eine Störung der Betätigung (Arbeit) auftreten, wenn bei einer berufstätigen Person nach einem Unfall oder einer lang anhaltenden Erkrankung die Volition, die Habitation, das Performanzvermögen und die Umweltelemente nicht mehr zusammenpassen.</p>
Model of Occupational Self-Efficacy [MOOSE]	<p>Das MOOSE ist ein ergotherapeutisches Modell und wurde von Shaheed Soeker (2012) entwickelt. Es soll Ergotherapeuten dabei unterstützen, Menschen mit einem SHT effektiv in die Arbeitswelt zurückzuführen und besteht aus vier Stufen (Soeker & Pape, 2019):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stufe «Starker Glaube an funktionale Fähigkeiten»: Die Ergotherapie unterstützt die Person mit einem SHT beim Reflexionsprozess über ihre Einschränkungen und Fähigkeiten, um damit in ihrer Arbeitsumgebung und dem sozialen Umfeld zurechtzukommen. 2. Stufe «Einsatz des Selbst»: Der Fokus liegt in dieser Stufe auf der Verbesserung des Selbstwertgefühls sowie der Motivation des Betroffenen, um an der Arbeit und den täglichen Aufgaben teilzunehmen. 3. Stufe «Kompetenzerwerb durch Engagement in Betätigung»: In der Ergotherapie werden die arbeitsbezogenen Fertigkeiten des Betroffenen verbessert. Dabei werden die Arbeitsaufgaben sowie das Arbeitsumfeld häufig entsprechend den Aufgaben und dem Umfeld vor der Verletzung gestaltet. 4. Stufe «Fähige Person»: Die betroffene Person wird zunehmend befähigt, sich unabhängiger an Arbeitsaufgaben auf dem offenen Arbeitsmarkt zu beteiligen und die Unterstützung durch die Ergotherapeutin oder den Ergotherapeuten nimmt ab. So kann die Person die verschiedenen Herausforderungen am Arbeitsplatz selbst lösen.
Occupational Science	Siehe Betätigungswissenschaft

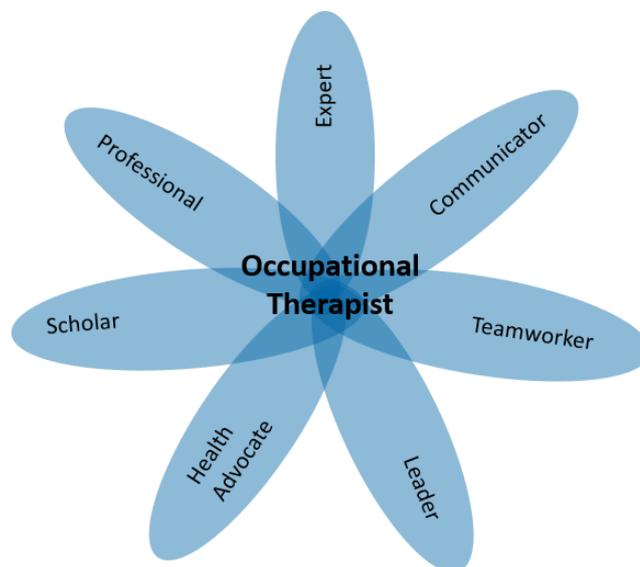
Occupational Therapy Practice Framework [OTPF]	Occupational Therapy steht für Ergotherapie und Framework wird übersetzt mit Bezugsrahmen (Berding et al., 2010). Das OTPF beschreibt die zentralen Konzepte, die der ergotherapeutischen Praxis zugrunde liegen und schafft ein gemeinsames Verständnis der Grundprinzipien und der Vision der Ergotherapie (AOTA, 2014).
Partizipation	Bedeutet gemäss der WHO-Definition (2001, zitiert nach Berding et al., 2010, S. 260) «Ausmass, in dem Menschen im gesellschaftlichen Kontext eingebunden sind».
Peer-Debriefing	Lincoln und Guba (1985, zitiert nach Flick, 2014) sprechen von Peer-Debriefing, wenn eine Validierung der Ergebnisse durch andere Forschende vorgenommen wird.
Rehabilitationsprogramm (van Dongen et al., 2018)	<p>In der Studie von van Dongen et al. (2018) wird die Wirksamkeit eines vier-monatigen, ambulanten Rehabilitationsprogramms getestet, welches für die Arbeitsrehabilitation von Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung eingesetzt wird. Das Programm wird im Rijnlands Rehabilitationszentrum in Leiden, Niederlande umgesetzt. Am Programm sind ein multidisziplinäres Team (bestehend aus Rehabilitationsspezialist*in, Ergotherapeut*in, Sozialarbeiter*in, Neuropsychologe*in sowie bei Bedarf Logopäde*in oder Physiotherapeut*in), die Klientel, der Partner, die Partnerin oder eine wichtige Bezugsperson, ein Mitarbeitenden, der Arbeitgebende sowie der Arbeitsmediziner oder die Arbeitsmedizinerin. Das Programm beinhaltet folgende sechs Schritte:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. In einem ersten Schritt wird geprüft, ob die Klientel für das Programm geeignet ist. Die Neuropsychologie sowie die Ergotherapie ermitteln in einer ersten Bewertung die Behinderungen und Fähigkeiten sowie Wünsche der Klientel in Bezug auf den RTW. Anschliessend werden Merkmale und Anforderungen des Arbeitsplatzes ermittelt. 2. Im zweiten Schritt folgt ein erstes Treffen am Runden Tisch, bei dem alle Beteiligten von den Mitgliedern des Rehabilitationsteams über die Krankheit, Fähigkeiten sowie Behinderungen der Klientel informiert und Anforderungen, Erwartungen sowie Möglichkeiten für den RTW diskutiert werden. Am Schluss wird ein Konsens für die ersten Schritte der Arbeitsrehabilitation in Bezug auf Arbeitszeiten und Aufgaben erzielt. 3. Im dritten Schritt folgt ein aufgabenorientiertes Rehabilitationstraining mit Unterstützung der Ergotherapie sowie eines Mitarbeitenden. Die Ergotherapie gibt der Klientel wöchentliche individuelle Unterstützung, entweder im Rehabilitationszentrum

	<p>oder am Arbeitsplatz und kontaktiert den ausgewählten Mitarbeitenden alle zwei Wochen. Dabei werden Fortschritte bewertet und Ratschläge bezüglich Erhöhung der Arbeitszeit und der Aufgaben erteilt. Die Neuropsychologie kontaktiert die Klientel alle zwei bis vier Wochen und der oder die Sozialarbeitende der Klientel sowie ihre Partnerin, ihren Partner oder ihre wichtige Bezugsperson alle zwei Wochen.</p> <p>4. Im vierten Schritt findet acht Wochen nach Programmbeginn das zweite Treffen am Runden Tisch statt. Dabei schildern alle Beteiligten ihre Erfahrungen bezüglich Erfolge und Herausforderung und die Arbeitszeiterhöhung, Aufgabenausweitung und Überlastungsgefahr werden besprochen sowie gemeinsam Entscheidungen darüber gefällt</p> <p>5. Bei Fortsetzung des Programms führt die Klientel das aufgabenorientierte Rehabilitationstraining am Arbeitsplatz mit einer weiteren Arbeitszeiterhöhung sowie Aufgabenausweitung fort und wird weiterhin durch den Mitarbeitenden und die Ergotherapie unterstützt. Auch der Kontakt mit den Sozialarbeitenden und der Neuropsychologie wird fortgesetzt.</p> <p>6. Nach weiteren acht Wochen findet das letzte Treffen am Runden Tisch statt, welches jeweils auch das Programmende bedeutet. Bei diesem Treffen werden die Prognose für den RTW im Hinblick auf die erreichbaren Arbeitszeiten und Aufgaben erörtert.</p>
Selektions-Bias	Ein Bias bedeutet eine Verzerrung der Studienergebnisse (Hammer et al., 2009). Der Selektions-Bias entsteht, wenn die Studienteilnehmenden nicht zufällig aus der Zielpopulation ausgewählt wurden, für welche eine Aussage getroffen werden soll. Die Probanden sind dann so nicht repräsentativ für die Zielpopulation (Hammer et al., 2009).
Teilhabe	Siehe Partizipation
Triangulation	Bedeutet allgemein, dass der Ansatz der Forschung erweitert wird und ein Gegenstand mit mehreren Methoden oder von mehreren Forschenden untersucht wird (Flick, 2014). Es gebe unterschiedliche Formen der Triangulation und alle würden zu einer Maximierung der Validität von Daten und Ergebnissen führen.
Umwelt	Siehe Kontext
Umweltfaktoren	Siehe Kontext
Work history	Dazu gehört das Bildungsniveau, eine detaillierte Arbeitsbeschreibung, eine Liste der arbeitsspezifischen Aufgaben und Fähigkeiten sowie soziale und physische Umweltaspekte (O'Keefe et al., 2019).

Rollen-Kompetenz-Profil

2020

Darstellung der **Abschlusskompetenzen** als Arbeitsversion
im Rahmen der Studierendenbegleitung und aller Module im BSc
Ergotherapie



1. Rolle des Experten in Ergotherapie (Expert)

Als Experte in Ergotherapie führen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die berufsspezifischen Tätigkeiten aus und sind verantwortlich, im Gesundheitsversorgungssystem die fachliche Führung in ihrem Berufsfeld zu übernehmen und entsprechende Entscheidungen und Beurteilungen zu treffen

1.1. KOMPETENZEN

1.1.1. Kompetenz Ab1

Sie verstehen die grundlegenden, international anerkannten Konzepte und Theorien der Ergotherapie, der Betätigungswissenschaft und der Bezugswissenschaften und wenden ihre Kompetenzen als Expertinnen und Experten in Betätigungsdurchführung effektiv an, um die gesellschaftliche Partizipation von Klientinnen und Klienten zu ermöglichen.

1.1.2. Kompetenz Ab2

Sie führen und koordinieren den ergotherapeutischen Prozess klientenzentriert, betätigungsorientiert und in eigener Verantwortung durch.

1.1.3. Kompetenz Ab3

Sie bestimmen und begründen situativ angemessene, evidenzbasierte Befunderhebungs- und Interventionsmethoden und wenden diese korrekt an.

1.1.4. Kompetenz Ab4

Sie analysieren Betätigungen und Kontextfaktoren und passen diese zielführend den Bedürfnissen von Klientinnen und Klienten an.

1.1.5. Kompetenz Ab5

Sie analysieren und berücksichtigen bei ihren Interventionen die sozialen, räumlichen, zeitlichen, kulturellen, institutionellen und politischen Kontextfaktoren.

1.1.6. Kompetenz Ab6

Sie nutzen Ressourcen, erkennen Einschränkungen und setzen Hilfsmittel ein, damit die Klientinnen und Klienten ihre angestrebte Betätigung durchführen können.

1.1.7. Kompetenz Ab7

Sie kennen die in der Ergotherapie und den Betätigungswissenschaften relevanten Forschungsmethoden und integrieren diese angemessen in ihre Behandlung.

1.2. WISSEN

1.2.1. Die Kenntnisse über Gesundheitsprobleme und deren Auswirkungen auf die Person und ihre Teilhabe

1.2.2. Die Grundkenntnisse der gesamten Entwicklung des Menschen über die Lebensspanne

- 1.2.3. Das Erkennen des gesellschaftlichen Bedarfs für ergotherapeutische Angebote (Massnahmen, Programme, Arbeitsfeldern)
- 1.2.4. Die Kenntnisse über die Grundlagen des Handelns und Handlungsvoraussetzungen (Handlungstheorien, Motivationstheorien)
- 1.2.5. Das Wissen über die Occupational Science als Basiswissenschaft der Ergotherapie
- 1.2.6. Das Wissen über die philosophischen und historischen Aspekte ergotherapeutischer Grundannahmen, Menschenbilder, Werte und Paradigmen
- 1.2.7. Das Kennen und Verstehen ergotherapeutischer Bezugssysteme-, rahmen und daraus abgeleitete Behandlungsansätze
- 1.2.8. Das Wissen um methodisches Handeln in der Ergotherapie
- 1.2.9. Das Kernwissen über Betätigung, Betätigungsperformanz und Betätigungsengagement
- 1.2.10. Das Verständnis für Betätigung als Mittel und Ziel der Ergotherapie
- 1.2.11. Die Kenntnisse über Lernen und Veränderungsprozesse bezogen auf Betätigung (Lern- und Verhaltenstheorien, motorisches Lernen, Körperlernen etc.)
- 1.2.12. Die Kenntnisse über ergotherapeutische Modelle und deren theoretischer Hintergrund
- 1.2.13. Die Kenntnisse bezüglich Umweltfaktoren und deren Veränderungspotential
- 1.2.14. Das Wissen und Verstehen der Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt
- 1.2.15. Das Wissen über die philosophischen und historischen Aspekte ergotherapeutischer Grundannahmen, Menschenbilder, Werte und Paradigmen und deren Bias (TP 10)
- 1.2.16. Die Kenntnisse über betätigungsrelevante Einflussfaktoren auf Gesundheit und Lebensqualität (z.B. psychologische, biologische, soziale, kulturelle, ökonomische und strukturelle Faktoren)
- 1.2.17. Die Kenntnisse von Prozessmodellen
- 1.2.18. Das Kennen und Verstehen der Schritte des ergotherapeutischen Prozesses
- 1.2.19. Das Kennen der relevanten ergotherapeutischen Erfassungsinstrumente und Beobachtungsmethoden und deren wissenschaftliche Qualität
- 1.2.20. Das Kennen der klinischen Reasoning - Formen in der Ergotherapie
- 1.2.21. Das Kennen und Verstehen angewandter (nicht ergotherapeutischer) Methoden (Bobath, Supported Employment u.a.) und Methoden der Ergotherapie
- 1.2.22. Das Kennen der gängigen Interventionsmethoden der Ergotherapie (Einzel- und Gruppentherapie, funktionell vs. betätigungsbasiert)
- 1.2.23. Die Kenntnisse über ergotherapeutische Modelle und deren theoretischer Hintergrund und deren Bias (TP10)

1.3. FERTIGKEITEN

- 1.3.1. Das professionelle Urteilen und Übernehmen von Verantwortung bei der Entscheidungsfindung mit anderen

- 1.3.2. Anwendung der Formen des Clinical Reasoning
- 1.3.3. Das Gewährleisten von Aspekten der Klientensicherheit
- 1.3.4. Das Umsetzen der konzeptionellen Modelle im ergotherapeutischen Prozess
- 1.3.5. Das Beachten des individuellen Entwicklungsstandes und der Lebenssituation
- 1.3.6. Die betätigungsorientierte Zieldefinition in Zusammenarbeit mit der Klientin oder dem Klienten
- 1.3.7. Das Entwickeln von betätigungsrelevanten Interventionen gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten
- 1.3.8. Das Identifizieren der zentralen Betätigungsressourcen und -barrieren sowie das angemessene Problemlöseverhalten unter Einbezug geeigneter Modelle und Methoden
- 1.3.9. Das Ableiten von Interventionen aus Bezugssystemen, Bezugsrahmen und deren Behandlungsansätzen
- 1.3.10. Die umfassende Analyse von Umweltfaktoren, die Betätigung unterstützen oder behindern (Pragmatisches Reasoning)
- 1.3.11. Die klientenzentrierte Auswahl relevanter und angemessener Erfassungsinstrumente und – verfahren und deren korrekter und effizienter Einsatz bei der Klientinnen oder Klienten Evaluation
- 1.3.12. Das systematische Erfassen und Analysieren betätigungsrelevanter Informationen über die Klientin oder den Klienten
- 1.3.13. Der Einsatz von Betätigung als Mittel und Verfolgen von Betätigung als Ziel
- 1.3.14. Der Einsatz wirksamer, relevanter Methoden zur Erreichung des Zieles auf Betätigungsebene
- 1.3.15. Der wirksame zweckmässige und wirtschaftliche Einsatz von passenden Interventionsmethoden
- 1.3.16. Das Erkennen, Planen, Umsetzen und Evaluieren von Adaptionenbedarf in Bezug zu Klientinnen und Klienten, zur Betätigung und zur Umwelt
- 1.3.17. Das systematische Erfassen und Analysieren betätigungsrelevanter Informationen über die Klientin oder den Klienten (TP10)
- 1.3.18. Das Anregen lebensbiographischer Erzählungen und das Unterstützen/Anregen/Ermitteln von Betätigungsidentität (TP10)
- 1.3.19. Das Entwickeln von betätigungsrelevanten Interventionen gemeinsam mit der Klientin oder dem Klienten (TP10)
- 1.3.20. Das zeitgerechte Initiieren und Beenden wirksamer ergotherapeutischer Interventionen

1.4. HALTUNG

- 1.4.1. Fokus auf das Ermöglichen von Betätigung und Befähigen zu Betätigung
- 1.4.2. Die Wertschätzung der Autonomie und der Expertise der Klientin oder des Klienten im situativen Kontext

- 1.4.3. Das Streben nach der Einhaltung der besten Evidenz zur Ausrichtung des ergotherapeutischen Prozesses
- 1.4.4. Die Verpflichtung zu einer wissenschaftlich korrekten Haltung
- 1.4.5. Fokus auf Klientenzentriertheit unter Einbezug der kulturellen Dimension und Betätigungsbasierung (TP10)

2. Rolle des Kommunikators (Communicator)

Als Kommunikatoren ermöglichen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten vertrauensvolle Beziehungen in ihrem Umfeld und geben Informationen gezielt weiter

2.1. KOMPETENZEN

2.1.1. Kompetenz Bb1

Sie kommunizieren der Klientin oder dem Klienten, der Situation und den vorhandenen Ressourcen angepasst und unterstützen ein geteiltes Verständnis für eine gemeinsame Entscheidungsfindung.

2.1.2. Kompetenz Bb2

Sie befähigen die Klientin oder den Klienten durch ihren Kommunikationsstil und den Einsatz unterstützender Massnahmen darin, an der Entscheidungsfindung teilzuhaben und stärken ihn damit in seiner Autonomie.

2.1.3. Kompetenz Bb3

Sie zeigen sich sensibel im Umgang mit anderen, respektieren sie und befähigen ihre Klientinnen oder Klienten, für die eigenen Anliegen einzutreten.

2.2. WISSEN

2.2.1. Das Wissen über Kommunikationstheorien und –modelle

2.2.2. Die Grundkenntnisse zur interkulturellen Kommunikation

2.2.3. Kenntnisse über effektive mündliche und schriftliche und symbolische Kommunikation

2.2.4. Wissen über mediengestützte Kommunikationsformen

2.2.5. Grundkenntnisse der transkulturellen Kommunikation (TP10)

2.3. FERTIGKEITEN

2.3.1. Die Gestaltung eines vertrauensvollen, respektvollen Verhältnisses in der Therapeut-Klient Beziehung

2.3.2. Die Aushandlung individuell relevanter Ziele mit der Klientin oder dem Klienten und Verhandlung über deren Umsetzung innerhalb der therapeutischen Aktivität

2.3.3. Die Fertigkeiten zum aktiven Zuhören

- 2.3.4. Die Moderation und Gesprächsführung in verschiedenen therapeutischen Settings
- 2.3.5. Das Gewährleisten der Qualität und Vertraulichkeit in der Informationsweitergabe
- 2.3.6. Das konstruktive und effektive Verhandeln mit unterschiedlichen Anspruchsgruppen
- 2.3.7. Die Gestaltung einer adressatengerechten Kommunikation
- 2.3.8. Das Fördern von Selbstwirksamkeitserlebnissen durch massvolles zielorientiertes Fordern
- 2.3.9. Das Nutzen der subjektiven Konstruktion lebensbiographischer Erzählungen zur Ermittlung der Betätigungsidentität «Occupational Identity» (TP10)
- 2.3.10. Effektiver Einsatz von verbaler und nonverbaler Kommunikation, auch um kulturelle Unterschiede überwinden zu können (TP10)

2.4. HALTUNG

- 2.4.1. Eine unvoreingenommene Offenheit gegenüber kultureller Diversität
- 2.4.2. Die Wichtigkeit der Einbindung der Klientin oder des Klienten innerhalb des therapeutischen Prozesses wertschätzen

3. Rolle des Teamworkers

Als Teamworker partizipieren Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten effektiv innerhalb eines interdisziplinären und interprofessionellen Teams

3.1. KOMPETENZEN

3.1.1. Kompetenz Cb1

Sie arbeiten respektvoll, lösungsorientiert und gleichberechtigt mit Berufsangehörigen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen mit dem Ziel einer optimalen Versorgung der Individuen oder Patientengruppen zusammen.

3.1.2. Kompetenz Cb2

Sie bringen als Mitglieder eines professionellen und interprofessionellen Teams die ergotherapeutische Sichtweise ein, indem sie aufzeigen, wie die Handlungsfähigkeit die Gesundheit, das Wohlbefinden und die Partizipation des Menschen beeinflusst.

3.2. WISSEN

- 3.2.1. Das Wissen um die Relevanz von Diversity - Aspekten in Bezug auf die Zusammenarbeit im Team
- 3.2.2. Das Kennen der eigenen Rolle und Haltung und der daraus resultierenden Aufgaben in der inter- und intraprofessionellen Zusammenarbeit
- 3.2.3. Das Wissen um die Gemeinsamkeit und Unterschiede der Kernkonzepte und Fachsprachen innerhalb der Profession (ergotherapeutische Modelle) und professionsübergreifend (z.B. Salutogenese, ICF)

- 3.2.4. Die Grundlagenkenntnisse über Institutionen im Gesundheits- und Sozialwesen und deren Organisationen
- 3.2.5. Die Kenntnisse über Aspekte erfolgreicher Zusammenarbeit in unterschiedlichen Arbeitszusammenhängen

3.3. FERTIGKEITEN

- 3.3.1. Kritische Auseinandersetzung mit der eigenen berufsspezifischen Expertise in der multiprofessionellen Zusammenarbeit
- 3.3.2. Das Vertreten der professionseigenen Kernkonzepte und deren Anwendung in einer adressatengerechten Fachsprache in der interdisziplinären Zusammenarbeit
- 3.3.3. Der aktive, unvoreingenommene Umgang mit anderen Teammitgliedern
- 3.3.4. Das konstruktive und effiziente Ver- /Aushandeln von Entscheidungen
- 3.3.5. Fähigkeit zur aktiven Problem- und Konfliktlösung in der Zusammenarbeit
- 3.3.6. Auswahl adäquater Rollen (situations- und personenbezogen)
- 3.3.7. Das professionelle Urteilen und Übernehmen von Verantwortung bei der Entscheidungsfindung mit anderen

3.4. HALTUNG

- 3.4.1. Das Gewährleisten von Wertschätzung und Toleranz als Teammitglied
- 3.4.2. Die Bereitschaft für zielorientierte und konstruktive Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Berufsgruppen
- 3.4.3. Die Bereitschaft gemeinsam mit und von anderen Personen zu lernen
- 3.4.4. Die Selbstsicherheit in der Vertretung der eigenen Profession in der Zusammenarbeit
- 3.4.5. Der respektvolle Umgang in der Zusammenarbeit mit anderen
- 3.4.6. Das Bewusstsein der unterschiedlichen Machtverhältnisse zwischen Klientinnen oder Klienten und den Therapiepersonen (Position, Titel, Gehalt, Zugang zu Informationen)

4. Rolle des Leaders

Als Manager übernehmen Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten die fachliche Führung, tragen zur Effektivität der Organisation bei und entwickeln ihre eigene Berufskarriere

4.1. KOMPETENZEN

4.1.1. Kompetenz Db1

Sie organisieren ihre eigenen professionsspezifischen Tätigkeiten und zur Verfügung stehende Ressourcen nachhaltig und übernehmen gegenüber ihren Klientinnen oder Klienten und sich selbst Verantwortung durch eine effiziente ergotherapeutische Dienstleistung.

4.1.2. Kompetenz Db2

Sie engagieren sich im Rahmen des Qualitätsmanagements aktiv für die Effektivität ihrer Organisation und des Gesundheitssystems.

4.1.3. Kompetenz Db3

Sie handeln nach gültigen Qualitätsstandards und überprüfen diese regelmässig.

4.2. WISSEN

4.2.1. Die Kenntnisse über die allgemeinen Grundlagen von Management (z.B. Projektmanagement, Organisationsentwicklung, Change-Management) und Selbstmanagement

4.2.2. Kenntnisse bezüglich unterschiedlicher ergotherapeutischen Arbeitssettings und deren institutionellen Rahmenbedingungen

4.2.3. Wissen zur Qualitätsentwicklung in der Ergotherapie

4.2.4. Wissen um Qualitätssicherung und die entsprechenden Massnahmen (Wirtschaftlichkeit, Zweckmässigkeit und Wirksamkeit)

4.2.5. Kenntnis von wissenschaftlichen Standards und der Bedeutung ihrer Einhaltung

4.3. FERTIGKEITEN

4.3.1. Entwicklung von effizienten Behandlungsprozessen, Behandlungsmassnahmen und Interventionsprogrammen sowie Organisationsstrukturen

4.3.2. Das Einbeziehen ökologischer und ökonomischer Aspekte in das therapeutische Handeln

4.3.3. Befolgen von Behandlungsstandards und -protokollen

4.3.4. Dokumentation von ergotherapeutischen Leistungen

4.3.5. Umsetzen von allgemeinen Grundlagen von Management (z.B. Projektmanagement, Organisationsentwicklung, Change-Management) und Selbstmanagement

4.4. HALTUNG

4.4.1. Die Dienstleistungsorientierung gegenüber der Klientin oder dem Klienten und seinem Umfeld

4.4.2. Das Streben nach der Einhaltung der besten Evidenz zur Ausrichtung des ergotherapeutischen Prozesses

4.4.3. Die innovative auf Qualität und Qualitätsverbesserung fokussierte Haltung (z.B. Changemanagement)

4.4.4. Verantwortungsvoller Umgang mit Ressourcen

5. Rolle des Health Advocates

Als Health Advocates stützen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten verantwortungsvoll auf ihre Expertise ab und nutzen ihre Einflussmöglichkeiten, um die Gesundheit und Lebensqualität der Klientin oder des Klienten sowie der Gesellschaft als Ganzes zu fördern

5.1. KOMPETENZEN

5.1.1. Kompetenz Eb1

Sie unterstützen Klientinnen und Klienten beim Finden und Verstehen relevanter Informationen und vermitteln ihnen Zugang und Orientierung im Gesundheits- und Sozialversicherungssystem.

5.1.2. Kompetenz Eb2

Sie setzen sich für eine inklusive und barrierefreie Gesellschaft und für gesundheitsfördernde Bedingungen ein.

5.2. WISSEN

5.2.1. Wissen und Verstehen von Modellen und Theorien zu sozialer Transformation, Health Advocacy, Betätigungsgerechtigkeit, Betätigungswahlen

5.2.2. Differenzieren Mikro-, Meso und Makrodynamik von Betätigungsanliegen

5.2.3. Wissen um Wege struktureller und politischer Einflussnahme im Umgang mit Sozialversicherungen oder Institutionen des öffentlichen Rechtes

5.2.4. Kenntnisse über Evidenz der Gesundheitsförderung, Unfallverhütung und Prävention im ergotherapeutischen Berufsfeld

5.2.5. Wissen über Interdependenzen in sozialen Systemen (z.B. Therapeut-Institution, Therapeut-Kostenträger, Institution-Versorgungssysteme)

5.2.6. Kenntnisse der grossen zukunftsweisenden Agenden der nationalen und internationalen Gesundheitsorganisationen (z.B. Health Agenda WHO, Gesundheitsstrategie BAG.)

5.2.7. Kenntnisse über Existenz, Bedeutung und Einflussmöglichkeiten von nationalen und internationalen Klienten Organisationen

5.2.8. Die Kenntnisse über betätigungsrelevante Einflussfaktoren auf Gesundheit und Lebensqualität, z.B. kulturelle Faktoren (TP10)

5.3. FERTIGKEITEN

5.3.1. Identifikation von Faktoren, welche Gesundheit, Lebensqualität und Gleichbehandlung Barrieren und Ressourcen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene beeinflussen

5.3.2. Interessensvertretung von Klientinnen und Klienten oder Klientengruppen bezüglich betätigungsbegünstigender Veränderungen innerhalb verschiedener

institutioneller und gesellschaftlicher Kontexte (z.B. bei den Angeboten eines Quartiersvereins für Menschen mit einer beginnenden Demenz)

- 5.3.3. Wahrnehmen und Benennen von Strukturen, in denen aufgrund von Betätigungsungerechtigkeit Handlungsbedarf besteht
- 5.3.4. Bedingungen für gesellschaftliche Teilhabe von Klientinnen und Klienten oder Klientengruppen erkennen und Betätigungsentfaltung im gesellschaftlichen Kontext ermöglichen
- 5.3.5. Identifikation von Faktoren, welche Gesundheit, Lebensqualität und Gleichbehandlung Barrieren und Ressourcen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene beeinflussen (TP10)
- 5.3.6. Wahrnehmen und Benennen von Strukturen, in denen aufgrund von Betätigungsungerechtigkeit Handlungsbedarf besteht (TP10)

5.4. HALTUNG

- 5.4.1. Bereitschaft zur Einflussnahme auf gesellschaftliche Bedingungen zur Verbesserung der Lebensqualität durch Teilhabe an Betätigung
- 5.4.2. Unterstützung von Organisationen und Institutionen, die gesundheits- und betätigungsfördernde Programme bieten
- 5.4.3. Verstehen sich als gleichberechtigte Partnerin oder Partner in der Entwicklung von betätigungsfördernden Programmen

6. Rolle der Lernenden und Lehrenden (Scholar)

Als Lernende und Lehrende engagieren sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für ein lebenslanges Lernen, basierend auf einer reflektierten Praxis, sowie für die Entwicklung, Weitergabe und Anwendung von evidenzbasiertem Wissen

6.1. KOMPETENZEN

6.1.1. Kompetenz Fb1

Sie unterstützen den eigenen Lernprozess sowie den von Kolleginnen und Kollegen [Klientinnen und Klienten], indem sie passende Lernbedingungen schaffen.

6.1.2. Kompetenz Fb1

Sie geben ihr spezifisches ergotherapeutisches Wissen an Klientinnen, Klienten, ihr Team und andere relevante Personen weiter.

6.2. WISSEN

- 6.2.1. Kenntnisse über Prozesse, Formen und Wirkung des Wissenserwerbs und der Wissensvermittlung
- 6.2.2. Kenntnisse über Lernstile und Lernstrategien

- 6.2.3. Kenntnisse über Feedbackverfahren
- 6.2.4. Kenntnisse über Reflexionsverfahren
- 6.2.5. Kenntnisse über Lerntheorien
- 6.2.6. Bewusstheit eigener Normen und Werte sowie fremder Kulturen

6.3. FERTIGKEITEN

- 6.3.1. Die Selbst- und Fremdbeurteilung bezogen auf den eigenen Wissenstand und der eigenen Persönlichkeitsentwicklung
- 6.3.2. Die Fertigkeit sich kontinuierlich selbständig neues Wissen anzueignen
- 6.3.3. Das Einsetzen eine Bandbreite an Lehr-, Lernmethoden
- 6.3.4. Kontinuierliches Managen des individuellen Wissens
- 6.3.5. Das Erkennen, Filtern und Auswerten von eigenem Erfahrungswissen und dessen anderer (Personal, Klientinnen und Klienten, Expertinnen und Experten, Kolleginnen und Kollegen u.a.)
- 6.3.6. Vertiefung und Erweiterung von Tätigkeitserfahrung/ Betätigungserfahrung in allen Lebensbereichen
- 6.3.7. Geben und Einholen von Feedback unter Berücksichtigung von Feedbackverfahren und –regeln
- 6.3.8. Das Formulieren von leitenden Fragestellungen im Lernprozess
- 6.3.9. Die Balance zwischen Berufsalltag und eigenen Ressourcen finden
- 6.3.10. Die Unterscheidung von eigenen und fremden Werten und Normen
- 6.3.11. Das Reflektieren des eigenen ergotherapeutischen Handelns
- 6.3.12. Einsatz neuer digitaler Technologien und Medien
- 6.3.13. Die Selbst- und Fremdbeurteilung bezogen auf den eigenen Wissenstand und der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, inklusive kulturelle Kompetenzen (TP10)
- 6.3.14. Können mit Divergenzen (Anm.: Ambiguity) umgehen und sie konstruktiv in unterschiedliche Kontexte integrieren (TP10)
- 6.3.15. Das Fördern von Selbstwirksamkeitserlebnissen durch massvolles zielorientiertes fordern (TP10)

6.4. HALTUNG

- 6.4.1. Bereitschaft zur Weiterentwicklung von professionellem Handeln
- 6.4.2. Mit Divergenzen umgehen und sie konstruktiv in unterschiedliche Kontexte integrieren
- 6.4.3. Das Übernehmen von Verantwortung für den eigenen Lernprozess
- 6.4.4. Das Verknüpfen neuer Inhalte mit eigenen Erfahrungen
- 6.4.5. Offenheit für Neuerungen und Bereitschaft Veränderungen mitzutragen
- 6.4.6. Bereitschaft zur Selbstreflexion
- 6.4.7. Das Verknüpfen neuer Inhalte mit eigenen Erfahrungen (TP10)
- 6.4.8. Das stetige Weiterentwickeln von professionellem Handel (TP10)

7. Rolle als Professionsangehöriger (Professional)

Als Professionsangehörige setzen sich Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten für die Gesundheit und die Lebensqualität von Personen und der Gesellschaft ein. Sie verpflichten sich der Ethik und tragen Sorge zur eigenen Gesundheit

7.1. KOMPETENZEN

7.1.1. Kompetenz Gb1

Sie engagieren sich berufspolitisch für eine adäquate Positionierung und Repräsentation der Ergotherapie im Gesundheitswesen und in der Öffentlichkeit.

7.1.2. Kompetenz Gb2

Sie berücksichtigen bei der Berufsausübung den Berufscodex des Ergotherapeutinnen-Verbands Schweiz (EVS) und den Ethik-Codex des WFOT (World Federation of Occupational Therapists).

7.1.3. Kompetenz Gb3

Sie setzen ihre persönlichen Eigenschaften und Stärken zielführend zur Förderung der Weiterentwicklung der Profession Ergotherapie ein.

7.2. WISSEN

7.2.1. Ergotherapeutisches Profil kennen (EVS, WFOT, DVE, AOTA, CAOT usw.)

7.2.2. Berufsethische Grundsätze kennen

7.2.3. Kenntnisse über berufsrelevante nationale und internationale Plattformen, Netzwerke, Verbände und Organisationen

7.2.4. Eigene kulturelle Normen und Werte entwickeln (TP10)

7.2.5. Bewusstheit Normen und Werte fremder Kulturen (TP10)

7.3. FERTIGKEITEN

7.3.1. Die kritische Reflexion von eigenen und fremden Werten und Normen

7.3.2. Die theoriebasierte, wissenschaftlich belegte und ethisch geleitete Reflexion vor, nach und während der Intervention

7.3.3. Das aktive Wahrnehmen von Rollen und Verantwortung und das Erkennen der eigenen Grenzen

7.3.4. Die Aneignung und Weiterentwicklung von fachsprachlichen Kompetenzen in regionalen, nationalen und internationalen Gruppen

7.3.5. Das Agieren und Reagieren basierend auf der Berufsethik des Verbandes

7.3.6. Der ethisch angemessene Umgang mit Klienten Informationen

7.3.7. Die kritische Reflexion eigener und fremder Werte und Normen

7.3.8. Die Unterscheidung von eigenen und fremden Werten und Normen (TP10)

7.4. HALTUNG

- 7.4.1.** Die reflektierte Einschätzung eigener professionsbezogener Expertise und Kompetenz (inkl. transparente Fehlerkultur)
- 7.4.2.** Die ethisch reflektierte Grundhaltung
- 7.4.3.** Die Verantwortung gegenüber der Profession und deren Entwicklung
- 7.4.4.** Die Motivation, Interessen der Profession in der Öffentlichkeit zu vertreten
- 7.4.5.** An den Menschenrechten ausgerichtete ethische Handlungsgrundlagen und Sinn für Gerechtigkeit
- 7.4.6.** Die Bereitschaft zur Innovation von Lösungs- und Veränderungsprozessen
- 7.4.7.** Die Bereitschaft sich selbst zu reflektieren (TP10)
- 7.4.8.** Ethisch reflektierte Grundhaltung, Sinn für Gerechtigkeit (TP10)

Das vorliegende Dokument orientiert sich an den Abschlusskompetenzen der Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz GesBG)
<https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/berufe-im-gesundheitswesen/gesundheitsberufe-der-tertiaerstufe/bundesgesetz-ueber-die-gesundheitsberufe.html> [abgerufen am 11.09.2020]

Frank, J.R. (Ed.), (2005). The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better care. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada

ZHAW, Institut Ergotherapie (2020). Unveröffentlichter interner Projektbericht TP10 - Curriculumsrevision 2020

C Rechercheprotokoll

Datenbank Datum	Keywords / Synonyme	Anzahl relevante Titel / Anzahl Treffer
<p>CINAHL 05.10.2021</p>	<p>(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND occupational th* AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)</p>	<p>12/37 <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker & Pape, 2019) (O'Keefe et al., 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2017) <u>(Libeson et al., 2020)</u> (Beaulieu, 2019) (Frostad Liaset & Lorås, 2016) (Soeker, 2016) (Soeker et al., 2012) (Soeker, 2012) (Stergiou-Kita et al., 2016)</p>
<p>CINAHL 10.10.2021</p>	<p>(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (MH "Occupational Therapy+") AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)</p>	<p>6/16 (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2017) (Soeker, 2016) (Beaulieu, 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Stergiou-Kita et al., 2016)</p>
<p>CINAHL 11.10.2021</p>	<p>(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)</p>	<p>5/11 (Soeker & Pape, 2019) (Stergiou-Kita et al., 2016)</p>

		(Torrence et al., 2011) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2016)
CINAHL 11.10.2021	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot) AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)	8/24 (Stergiou-Kita et al., 2016) (Soeker, 2016) (Soeker & Pape, 2019) <u>(Holmes et al., 2016)</u> <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (O'Keefe et al., 2019) (Torrence et al., 2011) (Soeker et al., 2012)
CINAHL 13.10.2021	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (MH "Brain Injuries")	6/11 (Soeker & Pape, 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2016) (Foy, 2014) (Stergiou-Kita et al., 2016) (Torrence et al., 2011)
CINAHL 11.10.2021	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	9/24 <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker & Pape, 2019) (Stergiou-Kita et al., 2016) (Soeker, 2016) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (O'Keefe et al., 2019) <u>(Holmes et al., 2016)</u>

		(Soeker et al., 2012) (Torrence et al., 2011)
CINAHL 11.10.2021	(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (MH "Occupational Therapy+") AND (competence or ability or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	4/6 <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2016) (Stergiou-Kita et al., 2016)
CINAHL 12.10.2021	(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot) AND (competence or ability or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	7/16 <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2016) (O'Keefe et al., 2019) (Stergiou-Kita et al., 2016) (Soeker, 2012) (Soeker et al., 2012)
CINAHL 12.10.2021	(vocational rehabilitation or return to work or work rehabilitation) AND (occupational ther*) AND (ability or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	8/19 (O'Keefe et al., 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2016) (Soeker et al., 2012) (Harris et al., 2019) <u>(Holmes et al., 2016)</u> (Stergiou-Kita et al., 2016)
CINAHL 12.10.2021	(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot) AND (Canmed or canmed role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or	4/8 <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker, 2016)

	head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	(Beaulieu, 2016) (Beaulieu, 2017)
CINAHL 12.10.2021	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (Canmed or canned role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	1/1 (Soeker, 2016)
CINAHL 12.10.2021	(MH "Rehabilitation, Vocational+") AND (MH "Occupational Therapy+") AND (duty or exercise or job or mission or purpose or responsibility or remit or work) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	5/10 (Soeker & Pape, 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2016) (Stergiou-Kita et al., 2016) (Torrence et al., 2011)
CINAHL 13.10.2021	(vocational rehabilitation or back to work or job rehabilitation or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist) AND (task or duty or exercise or job or mission or purpose or responsibility or remit or work) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	19/77 <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker & Pape, 2019) (O'Keefe et al., 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2016) (Meulenbroek & Turkstra, 2016) (Stergiou-Kita et al., 2016) (Simpson et al., 2020) (Paniccia et al., 2019) (Soeker, 2017) (Beaulieu, 2019) (Harris et al., 2019) (Foy, 2014) (Stergiou-Kita et al., 2011b)

		(Soeker et al., 2012) <u>(Libeson et al., 2020)</u> (Reid & Riddick-Grisham, 2015) (Dillahunt-Aspillaga et al., 2015) (Torrence et al., 2011)
CINAHL 14.10.2021	(vocational rehabilitation or back to work or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist) AND (role or canmed or canmed role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	5/19 <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker, 2016) (Paniccia et al., 2019) <u>(Holmes et al., 2016)</u> (Stergiou-Kita et al., 2011b)
CINAHL 30.12.2021	(MH "Job Re-Entry") AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI) AND (therap* or treatment or intervention)	8/100 (O'Keefe et al., 2019) (Soeker & Pape, 2019) <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker, 2017) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> <u>(van Velzen et al., 2015)</u> (van Velzen et al., 2016) (Donker-Cools et al., 2016)
CINAHL 30.12.2021	(MH "Occupational Therapy") AND (canmed or canmed role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job rehabilitation or job retention or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or return to work or professional rehabilitation or return to work programs or vocational therapy or vocational integration or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	0/14

<p>AMED 14.10.2021</p>	<p>(vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist) AND (role or canmed or canmed role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)</p>	<p>1/2 <u>(Holmes et al., 2016)</u></p>
<p>AMED 14.10.2021</p>	<p>Rehabilitation, Vocational/ AND Occupational Therapy/ AND Brain Injuries/</p>	<p>4/8 (Beaulieu, 2019) <u>(Holmes et al., 2016)</u> (Soeker, 2012) (Soeker et al., 2012)</p>
<p>MEDLINE 14.10.2021</p>	<p>(Rehabilitation, Vocational/ AND Occupational Therapy/ AND Brain Injuries/)</p>	<p>2/6 (Soeker, 2016) (Soeker et al., 2012)</p>
<p>MEDLINE 14.10.2021</p>	<p>((vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist) AND (role or canmed or canmed role or character or framework or responsibility or role of occupational therapy or professional role) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI))</p>	<p>6/15 <u>(Libeson et al., 2020)</u> <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker, 2016) (Dillahunt-Aspillaga et al., 2015) (Soeker et al., 2012) (Beaulieu, 2019)</p>
<p>MEDLINE 27.12.2021</p>	<p>((vocational rehabilitation or back to work or job rehabilitation or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND Occupational Therapy/ AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI))</p>	<p>8/20 <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (K. A. Radford et al., 2015) (Soeker & Pape, 2019) <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (O'Keefe et al., 2019)</p>

		(K. Radford et al., 2018) (Soeker, 2017) (Dillahunt-Aspillaga et al., 2015)
MEDLINE 27.12.2021	((Competence or ability or attributes or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (task or duty or exercise or job or mission or purpose or responsibility or remit or work) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist) AND (vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job rehabilitation or job retention or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or return to work or professional rehabilitation or return to work programs or vocational therapy or vocational integration or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI))	11/33 <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (K. A. Radford et al., 2015) (Soeker & Pape, 2019) (O'Keefe et al., 2019) (K. Radford et al., 2018) (Mani et al., 2017) (Stergiou-Kita et al., 2017) (Soeker, 2016) (Kassberg et al., 2016) (Foy, 2014) (Soeker et al., 2012)
MEDLINE 27.12.2021	((vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy) AND Brain Injuries and (Competence or ability or attributes or competency or expertise or knowledge or proficiency or qualification or skills or talent) AND (occupational therapy or ergotherapist or ergotherapy or OT or occupation or occupational therapist))	11/25 <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker & Pape, 2019) (O'Keefe et al., 2019) (K. Radford et al., 2018) (Mani et al., 2017) (Stergiou-Kita et al., 2017) (Soeker, 2016) (Frostad Liaset & Lorås, 2016) (Kassberg et al., 2016) ABI (Foy, 2014) (Soeker et al., 2012)

<p>MEDLINE 03.01.2022</p>	<p>(Intervention or Training) AND (vocational rehabilitation or back to work or job re-entry or job rehabilitation or job retention or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or return to work or professional rehabilitation or return to work programs or vocational therapy or vocational integration or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice) AND Brain Injuries)</p>	<p>8/63 <u>(Fure et al., 2021)</u> <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (O'Keefe et al., 2019) (van Dongen et al., 2018) (Howe et al., 2020) (Soeker, 2017) <u>(Donker-Cools et al., 2016)</u> (van Velzen et al., 2016)</p>
<p>MEDLINE 03.01.2022</p>	<p>(Rehabilitation, Vocational/ AND Brain Injuries/ AND intervention)</p>	<p>4/19 <u>(Fure et al., 2021)</u> (van Dongen et al., 2018) (Howe et al., 2020) (van Velzen et al., 2016)</p>
<p>MEDLINE 03.01.2022</p>	<p>(Rehabilitation, Vocational/ AND Brain Injuries/ AND (training or intervention or approach))</p>	<p>6/42 <u>(Fure et al., 2021)</u> (van Dongen et al., 2018) (Howe et al., 2020) (van Velzen et al., 2016) (Stergiou-Kita et al., 2011a) (Soeker, 2012)</p>
<p>OT Seeker 13.10.2021</p>	<p>(job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (occupational therapy or occupational therapist or occupational therapists or ot) AND (acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)</p>	<p>0</p>
<p>OT Seeker 13.10.2021</p>	<p>vocational integration AND traumatic brain injury</p>	<p>0/1</p>

OT Seeker 13.10.2021	vocational therapy AND traumatic brain injury	0/3
OT Seeker 13.10.2021	vocational rehabilitation AND traumatic brain injury	0/6
OT Seeker 13.10.2021	Return to work or back to work AND traumatic brain injury	0/2
PubMed 18.10.2021	("Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh]) AND ("Rehabilitation, Vocational"[Mesh]) AND (traumatic brain injury or acquired brain injury or ABI or brain damage or brain injury or concussion or head injury or head trauma or mild traumatic brain injury or moderate traumatic brain injury or severe traumatic brain injury or traumatic head injury or TBI)	1/9 (Soeker, 2017)
PubMed 18.10.2021	"Brain Injuries, Traumatic"[Mesh] AND ("Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh]) AND (vocational rehabilitation or back to work or job rehabilitation or occupational integration or occupational inclusion or occupational rehabilitation or work-directed or work integration or work reintegration or workrehab or work-related practice)	3/42 (Wheeler et al., 2017) (O'Keefe et al., 2019) (Soeker, 2017)
PubMed 21.10.2021	((job re-entry or job retention or return to work or vocational therapy or vocational integration) AND (occupational ther*)) AND (traumatic brain injury or traumatic head injury or tbi)	11/100 (Wheeler et al., 2017) <u>(Gourdeau et al., 2018)</u> <u>(Donker-Cools et al., 2016)</u> (Mani et al., 2017) <u>(Libeson et al., 2020)</u> (O'Keefe et al., 2019) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Soeker, 2017) (Park et al., 2015) (Soeker, 2016) (Soeker, 2016)
PubMed 22.10.2021	((("Return to Work"[Mesh] OR "Rehabilitation, Vocational"[Mesh]) AND ("Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh]))) AND ("Brain Injuries, Traumatic"[Mesh])	3/4 (Wheeler et al., 2017)

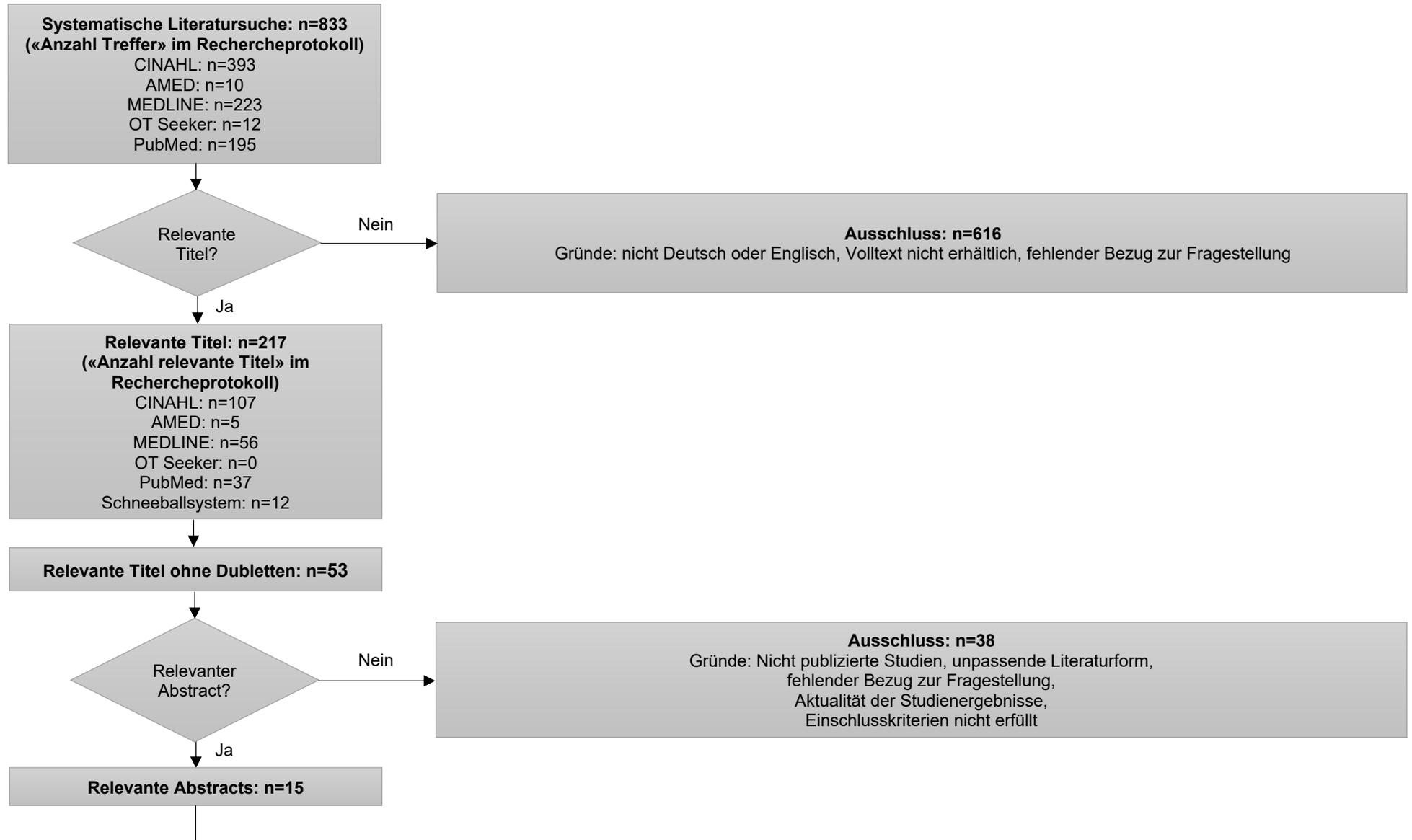
		(Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2017)
PubMed 22.10.2021	("Return to Work"[Mesh] OR "Rehabilitation, Vocational"[Mesh]) AND ("Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh]) AND ("traumatic brain injury" or "acquired brain injury" or ABI or "brain damage" or "brain injury" or concussion or "head injury" or "head trauma" or "mild traumatic brain injury" or "moderate traumatic brain injury" or "severe traumatic brain injury" or "traumatic head injury" or TBI)	9/18 (Wheeler et al., 2017) (Foy, 2014) (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2016) (Soeker, 2017) <u>(O'Keefe et al., 2021)</u> (Kassberg et al., 2016) (Soeker, 2012) (Soeker et al., 2012)
PubMed 22.10.2021	((("Return to Work"[Mesh] OR "Rehabilitation, Vocational"[Mesh]) AND ("Brain Injuries, Traumatic"[Mesh])) AND (occupational therap*))	8/19 (Wheeler et al., 2017) (Mani et al., 2017) <u>(Gourdeau et al., 2018)</u> <u>(Libeson et al., 2020)</u> (Colantonio et al., 2016) <u>(Soeker & Ganie, 2019)</u> (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2017)
PubMed 22.10.2021	"Brain Injuries, Traumatic"[Mesh] AND ("Occupational Therapists"[Mesh] OR "Occupational Therapy"[Mesh]) AND ("vocational rehabilitation" or "back to work" or "job rehabilitation" or "occupational integration" or "occupational inclusion" or "occupational rehabilitation" or "work-directed" or "work integration" or "work reintegration" or workrehab or "work-related practice")	2/3 (Soeker & Pape, 2019) (Soeker, 2017)

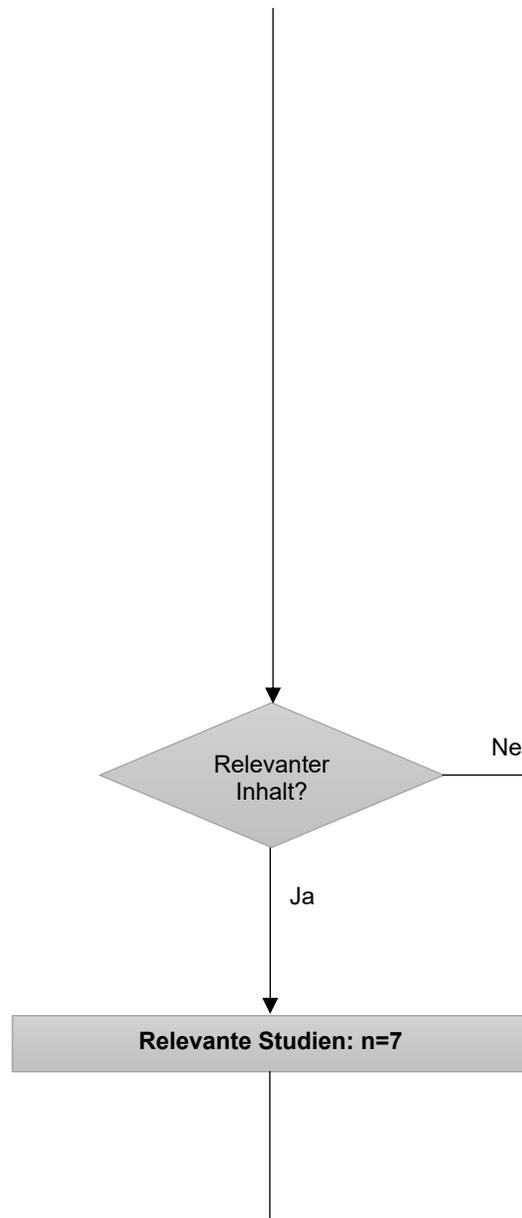
Im Literaturverzeichnis von 8 Studien aus der systematischen Literaturrecherche (im Rechercheprotokoll mit Unterstrich gekennzeichnet) konnten durch das Schneeballsystem insgesamt 12 weitere relevante Titel ermittelt und in den Selektionsprozess integriert werden. Nachfolgende wird dargestellt welcher relevante Titel in welcher Ursprungsquelle gefunden wurde.

Ursprungsquelle (n=8)	Relevante Titel (n=12)
<p>Donker-Cools, B. H. P. M., Daams, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. <i>Brain Injury</i>, 30(2), 113–131. https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1090014</p>	<p>Hooson JM, Coetzer R, Stew G, Moore A. Patients' experience of return to work rehabilitation following traumatic brain injury: a phenomenological study. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i> 2013;23:19–44.</p>
<p>Fure, S. C. R., Howe, E. I., Andelic, N., Brunborg, C., Sveen, U., Røe, C., Rike, P.-O., Olsen, A., Spjelkavik, Ø., Ugelstad, H., Lu, J., Ponsford, J., Twamley, E. W., Hellstrøm, T., & Løvstad, M. (2021). Cognitive and vocational rehabilitation after mild-to-moderate traumatic brain injury: A randomised controlled trial. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i>, 64(5), 101538. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101538</p>	<p>Cancelliere C, Kristman VL, Cassidy JD, Hincapie CA, Cote P, Boyle E, et al. Systematic review of return to work after mild traumatic brain injury: results of the International Collaboration on Mild Traumatic Brain Injury Prognosis. <i>Arch Phys Med Rehabil</i> 2014;95(3 Suppl):201–9.</p> <p>Graham CW, West MD, Bourdon JL, Inge KJ, Seward HE. Employment Interventions for Return to Work in Working Aged Adults Following Traumatic Brain Injury (TBI): A Systematic Review. <i>Campbell Systematic Reviews</i> 2016;12(1).</p>
<p>Libeson, L., Downing, M., Ross, P., & Ponsford, J. (2020). The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i>, 30(3), 412–429. https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1470987:</p>	<p>Agency for Clinical Innovation. (2016). Investigation of vocational programs and outcomes for people with traumatic brain injury in New south wale. Sydney, Australia: Brain Injury Rehabilitation Directorate.</p> <p>McRae, P., Hallab, L., & Simpson, G. (2016). Navigating employment pathways and supports following brain injury in Australia: Client perspectives. <i>The Australian Journal of Rehabilitation Counselling</i>, 22(02), 76–92.</p> <p>Phillips, J., & Radford, K. (2014). Vocational rehabilitation following traumatic brain injury: What is the evidence for clinical practice? <i>Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation</i>, 14(5), 1473–9348.</p>
<p>Gourdeau, J., Fingold, A., Colantonio, A., Mansfield, E., & Stergiou-Kita, M. (2018). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works? <i>Disability and Rehabilitation</i>, 40(12), 1211–1220. https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1470987</p>	<p>Bonneterre, V., Pérennou, D., Trovatiello, V., Mignot, N., Segal, P., Balducci, F., Laloua, F., & de Gaudemaris, R. (2013). Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: A retrospective study. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i>, 56, 652–662.</p>

rehabilitation, 42(4), 552–561. https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1503733	Saltychev M, Eskola M, Tenovuo O, et al. Return to work after traumatic brain injury: Systematic review. <i>Brain Inj.</i> 2013;27:1526–1527.
Holmes, J., Phillips, J., Morris, R., Bedekar, Y., Tyerman, R., & Radford, K. (2016). Development and evaluation of an early specialised traumatic brain injury vocational rehabilitation training package. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 79(11), 693–702. https://doi.org/10.1177/0308022616651645	Playford E, Radford K, Burton C, et al. (2011) Mapping vocational rehabilitation services for people with long term neurological conditions: Summary report. Department of Health, UK.
O’Keefe, S., Stanley, M., Sansonetti, D., Schneider, E. J., Kras, M., Morarty, J., & Lannin, N. A. (2021). Designing an intervention process that embeds work-focussed interventions within inpatient rehabilitation: An intervention mapping approach. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 68(1), 65–77. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12705	Kowlakowsky-Hayner, S. A., & Tyerman, A. (2012). Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: Models and services. <i>NeuroRehabilitation</i> , 31(1), 51–62.
Soeker, M. S., & Ganie, Z. (2019). The experiences and perceptions of employers and caregivers of individuals with mild-moderate traumatic brain injury in returning to work. <i>Work</i> , 64(2), 355–370. https://doi.org/10.3233/WOR-192997	Waljas M, Iverson G, Lange R, Limatainen S, Hartikainen K, Dastidar P, Soimakallio S, Ohman J. Return to Work Following Mild Traumatic Brain Injury <i>J Head Trauma Rehabil.</i> 2014;29(5):443-450.
van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2015). Early vocational rehabilitation after acquired brain injury: A structured and interdisciplinary approach. <i>Journal of Vocational Rehabilitation</i> , 42(1), 31–40. https://doi.org/10.3233/JVR-140725	Van Velzen, J. M., Van Bennekom, C. A. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2012). Early Vocational Rehabilitation after acquired brain injury: An interdisciplinary approach. <i>Journal of Occupational and Insurance</i> , 5, 209-212.

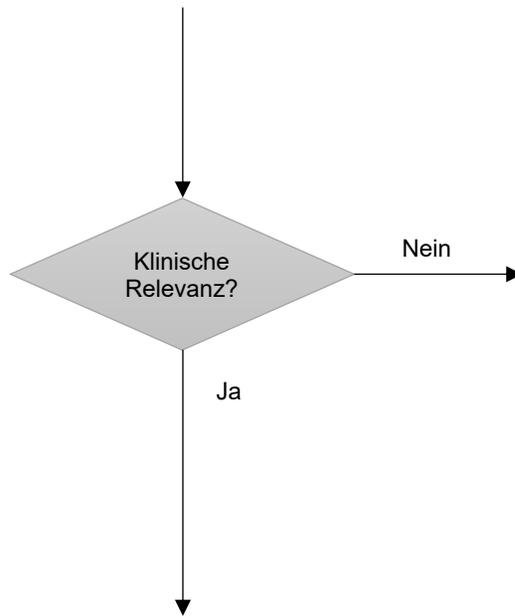
D Selektionsprozess





Ausgeschlossene Quellen nach Querlesen des Inhalts: n=8

Quelle	Ausschlussgrund
Bonneterre, V., Pérennou, D., Trovatiello, V., Mignot, N., Segal, P., Balducci, F., Laloua, F., & de Gaudemaris, R. (2013). Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: A retrospective study. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i> , 56, 652–662. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2013.10.001	Ungenügende Erkennbarkeit der Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie
Donker-Cools, B. H. P. M., Daams, J. G., Wind, H., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Effective return-to-work interventions after acquired brain injury: A systematic review. <i>Brain Injury</i> , 30(2), 113–131. https://doi.org/10.3109/02699052.2015.1090014	Studienergebnisse nicht aussagekräftig
Fure, S. C. R., Howe, E. I., Andelic, N., Brunborg, C., Sveen, U., Røe, C., Rike, P.-O., Olsen, A., Spjelkavik, Ø., Ugelstad, H., Lu, J., Ponsford, J., Twamley, E. W., Hellstrøm, T., & Løvstad, M. (2021). Cognitive and vocational rehabilitation after mild-to-moderate traumatic brain injury: A randomised controlled trial. <i>Annals of Physical and Rehabilitation Medicine</i> , 64(5), 101538. https://doi.org/10.1016/j.rehab.2021.101538	Studienergebnisse nicht aussagekräftig
Libeson, L., Downing, M., Ross, P., & Ponsford, J. (2020). The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. <i>Neuropsychological Rehabilitation</i> , 30(3), 412–429. https://doi.org/10.1080/09602011.2018.1470987	zu wenig Bezug zur Fragestellung
Holmes, J., Phillips, J., Morris, R., Bedekar, Y., Tyerman, R., & Radford, K. (2016). Development and evaluation of an early specialised traumatic brain injury vocational rehabilitation training package. <i>British Journal of Occupational Therapy</i> , 79(11), 693–702. https://doi.org/10.1177/0308022616651645	Ungenügende Erkennbarkeit der Aufgaben und Kompetenzen der Ergotherapie
Mani, K., Cater, B., & Hudlikar, A. (2017). Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. <i>Work</i> , 58(1), 51–62. https://doi.org/10.3233/WOR-172597	zu wenig Bezug zur Fragestellung
Soeker, M. S., & Ganie, Z. (2019). The experiences and perceptions of employers and caregivers of individuals with mild-moderate traumatic brain injury in returning to work. <i>Work</i> , 64(2), 355–370. https://doi.org/10.3233/WOR-192997	zu wenig Bezug zur Fragestellung
van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2015). Early vocational rehabilitation after acquired brain injury: A structured and interdisciplinary approach. <i>Journal of Vocational Rehabilitation</i> , 42(1), 31–40. https://doi.org/10.3233/JVR-140725	Kein Studiendesign ersichtlich



Ausgeschlossene Quellen nach letzter Prüfung der klinischen Relevanz im Vergleich zu den fünf Hauptstudien: n=2

Quelle	Ausschlussgrund
O'Keefe, S., Stanley, M., Sansonetti, D., Schneider, E. J., Kras, M., Morarty, J., & Lannin, N. A. (2021). Designing an intervention process that embeds work-focussed interventions within inpatient rehabilitation: An intervention mapping approach. <i>Australian Occupational Therapy Journal</i> , 68(1), 65–77. https://doi.org/10.1111/1440-1630.12705	Geringere Reichhaltigkeit der Inhalte zur Beantwortung der Fragestellung
van Velzen, J. M., van Bennekom, C. A. M., van Dormolen, M., Sluiter, J. K., & Frings-Dresen, M. H. W. (2016). Evaluation of the implementation of the protocol of an early vocational rehabilitation intervention for people with acquired brain injury. <i>Disability & Rehabilitation</i> , 38(1), 62–70. https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1017057	Geringere Reichhaltigkeit der Inhalte zur Beantwortung der Fragestellung

Ausgewählte Hauptstudien: n=5

- Gourdeau et al. (2018). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works?
- O'Keefe et al. (2019). A systematic scoping review of work interventions for hospitalised adults with an acquired neurological impairment.
- Soeker & Pape. (2019). The use of the model of occupational self-efficacy for work retraining: a multiple case study.
- Stergiou-Kita et al. (2016). Do current vocational evaluation practices in traumatic brain injury align with best practices? Strengths, challenges and recommendations.
- Van Dongen et al. (2018). Short-term and long-term outcomes of a vocational rehabilitation program for patients with acquired brain injury in the netherlands.

E Studienzusammenfassung und -würdigung

Zusammenfassung der Studie: Gourdeau et al. (2018). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works?

Forschungsschritt		Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich um Arbeitsplatzanpassungen sowie die Faktoren, die deren Bereitstellung beeinflusst haben bei Menschen, die ein arbeitsbedingtes, mildes Schädel-Hirn-Trauma (amSHT) erlitten haben. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Es wird aufgezeigt, dass Personen, die eine Hirnverletzung erlitten haben mit verschiedenen langfristigen körperlichen, kognitiven und psychosozialen Folgen zu kämpfen haben und diese die Rückkehr an den Arbeitsplatz erheblich beeinträchtigen können. Weiter zeigen die Forschenden mit Literaturquellen auf, welche Faktoren und Interventionen zu einer erfolgreicherer Rückkehr an den Arbeitsplatz beitragen. Unter anderem genannt wird die Unterstützung am Arbeitsplatz sowie eine gute Kommunikation mit dem Arbeitgebenden. Arbeitsplatzanpassungen werden beschrieben als Veränderungen, die in einem bestimmten Arbeitsumfeld oder in der Art und Weise, wie Dinge normalerweise erledigt werden, vorgenommen werden, die es einer Person mit einer Behinderung ermöglichen, ihre Arbeit zu erledigen. In Kanada sind Arbeitgebende gemäss Gesetz verpflichtet, am Arbeitsplatz Vorkehrungen zu treffen, um Diskriminierung von Mitarbeitenden zu verhindern. Es wird jedoch auch deutlich, dass es im Zusammenhang mit der Beantragung von Arbeitsplatzanpassungen einige Hindernisse geben kann. Ein offensichtlicher Hinderungsgrund ist unzureichendes Wissen der Arbeitgebenden über die Häufigkeit von Anpassungen, das breite Spektrum der Möglichkeiten und die (unsichtbaren) Folgen eines mSHT. • Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine Forschungsfrage genannt. Die Forschungsfrage kann nur aus dem genannten Studienzweck abgeleitet werden. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Diese Studie untersucht die Arten von Arbeitsplatzanpassungen, die Betroffenen gewährt wurden, sowie Faktoren, die Einfluss darauf hatten, wie und wem Anpassungen bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz nach einem amSHT gewährt wurden. Obwohl es erste Forschungsarbeiten gibt, die sich mit Arbeitsplatzanpassungen in anderen Bevölkerungsgruppen befassen, gibt es keine Studie, die sich speziell mit der Arbeitsplatzanpassung nach amSHT befasst. Die vorliegende Studie schliesst diese Lücke, indem sie die Arten von Arbeitsplatzanpassungen und die Faktoren untersucht, die deren Bereitstellung beeinflusst haben.
	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um eine qualitative, deskriptive Sekundäranalyse. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Die Wahl des qualitativen Ansatzes sowie der Grund für die Sekundäranalyse wird nicht begründet.
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Bei der Population handelt es sich um Personen, die aufgrund eines Arbeitsunfalls ein mildes bis moderates SHT erlitten haben und sich in einer Rehabilitationsklinik behandeln liessen. • Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen? Bei der Stichprobe handelt es sich um 12 Personen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Geschlecht: Frauen (6) / Männer (6) ○ Alter: 20-39 Jahre (3) / 40-65 Jahre (9) ○ Zivilstand: ledig (2) / verheiratet (10) ○ Bildungshintergrund: High School (4) / Community College (4) / University (4) ○ Branche: Handwerk (4) / Gesundheit, Bildung, öffentliche Arbeiten (4) / Schutzdienst (4)

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Unternehmensgrösse klein = <20 Beschäftigte (2) / mittel = 20-50 Beschäftigte (3) / gross = >50 Beschäftigte (7) ○ Beschäftigungsstatus nach RTW: vollzeit (3) / abgestuft (9) ○ Zeit seit Verletzung bis zum Zeitpunkt der Befragung: 3-4 Jahre (10) / 5-6 Jahre (2) ○ Zeit von Verletzung bis zum RTW-Datum: <1 Monat (6) / 2-4 Monate (3) / 5-8 Monate (3) ○ Beschäftigung vor Verletzung: vollzeit (12) ○ Diagnose: mildes SHT (12) <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde die Stichprobe gezogen? Probability sampling? / Non-probability sampling? Die Stichprobe wurde aus einer Primärstudie übernommen. Die Primärstudie kann mittels den Quellenangaben nachvollzogen werden. Bezüglich der Stichprobeziehung in der Primärstudie wird lediglich erwähnt, dass die Namen der potenziellen Teilnehmenden aus einer Datenbank von Personen entnommen wurden, die zuvor in einer Rehabilitationsklinik behandelt worden waren und der Studienteilnahme zugestimmt hatten. Ein Einführungsschreiben sowie eine Einverständniserklärung wurden an 37 Personen versandt. Weitere Informationen können allerdings auch in der Primärstudie nicht ermittelt werden. • Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein, es gibt nur eine Studiengruppe. • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Es wird beschrieben, dass 37 mit einem Einführungsbrief sowie einer Einverständniserklärung angeschrieben wurden und das von denen 12 eingewilligt haben mitzumachen.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? In der Primärstudie hat ein erfahrener qualitativer Forscher mit einem Hintergrund im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz mit den Teilnehmende ein telefonisches, exploratives Tiefeninterview durchgeführt. Inhalt dieses Interviews waren: kurze Beschreibung des Unfalls sowie des Rehabilitationsprozesses; längere Beschreibung der Arbeit, der Erfahrungen mit dem RTW, der beantragten und erhaltenen Unterstützungen sowie den Anpassungen, die Erfolge und Herausforderungen bei der Umsetzung von Arbeitsplatzanpassungen darstellten; längere Beschreibung der Ratschläge, die sie anderen Personen geben würden, die nach einer amSHT an den Arbeitsplatz zurückkehren. • Wie häufig wurden Daten erhoben? Die Daten wurden in der Primärstudie in einem Interview zwischen Februar und Juni 2013 einmalig erhoben. • Wie wurden die Daten verarbeitet? Alle Telefoninterviews der Primärstudie wurden aufgezeichnet und wortwörtlich transkribiert.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selbst diskutiert? Die Forschenden stellen dar, dass es sich um eine qualitative, deskriptive Sekundäranalyse der bestehenden Interviews aus der Primärstudie handelt. Im Limitationsabschnitt wird genannt, dass die Analyse von Sekundärdaten eine kosteneffiziente Möglichkeit ist, bereits vorhandene Daten zu untersuchen, ohne die Forschungsteilnehmenden zusätzlich zu belasten. Sie ermöglicht den Forschenden auch, die Daten aus einer neuen und objektiven Perspektive zu betrachten. Spezifischer begründet wird die Wahl jedoch nicht.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Methode der thematischen Analyse von Braun und Clarke (Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. <i>Qual Res Psychol</i>, 3, S. 77–101.) wurde angewandt, um die Originalinterviews zu analysieren und es wurden keine Codes oder Themen aus früheren Analysen verwendet. <ul style="list-style-type: none"> ○ Vertraut machen: mehrmaliges Durchlesen der Interviews von zwei Forschungsstudenten (unabhängig voneinander) ○ Erstkodierung: Interview Zeile für Zeile kodieren durch beide Forschungsstudenten (unabhängig voneinander)

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Schlüsselcodes entwickeln: Die Codes wurden von beiden Forschungsstudenten und einem an der ursprünglichen Studie beteiligten Forschender überprüft, diskutiert, Schlüsselcodes in Bezug auf die Forschungsfrage entwickelt sowie diese verfeinert und ein Konsens darüber erzielt. ○ Transkripte mit Schlüsselcodes kodieren: Transkripte wurden in Software ATLAS.ti eingegeben und anhand der identifizierten Schlüsselcodes kodiert. ○ Codes gruppieren/überprüfen: Codes wurden zu Themen gruppiert und überprüft, ob alle zum jeweiligen Thema gehörten. ○ Gültigkeit der einzelnen Themen: Die Gültigkeit in Bezug auf den Datensatz als Ganzes wurde überprüft und ob sie die ursprüngliche Forschungsfrage und das Grundprinzip der Studie korrekt wiedergeben. ○ Abschluss: Themen definieren und benennen, um eine Interpretation zu ermöglichen. <ul style="list-style-type: none"> ● Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Direkte Stellung dazu wird nicht genommen. Es wird nicht aufgezeigt, was sie unternommen haben, um die Glaubwürdigkeit der Analyse zu gewährleisten. Die Forschenden zeigen lediglich sehr klar auf, wie sie vorgegangen sind und nach welcher thematischen Analyse.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> ● Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Gemäss den Forschenden entsprachen alle Verfahren dieser Studie, die mit menschlichen Teilnehmenden durchgeführt wurden, den ethischen Standards des institutionellen und/oder nationalen Forschungsausschusses und der Erklärung von Helsinki von 1964 und ihren späteren Änderungen oder vergleichbaren ethischen Standards. Von allen an der Studie teilnehmenden Personen wurde eine Zustimmung nach erfolgter Aufklärung eingeholt. ● Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Für die Primärstudie hat die Ethikkommission eines grossen Rehabilitationskrankenhauses in Ontario, Kanada die ethische Genehmigung erteilt.
Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> ● Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc. ? <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Thema 1: Arten von Arbeitsplatzanpassungen:</i> Es wurden 11 verschiedene Arten von Anpassungen gefunden, die in formelle Anpassungen (müssen explizit mit Arbeitgebenden und anderen Akteuren besprochen werden) und informelle Anpassungen (wurden vom Arbeitnehmer umgesetzt, um Arbeitsleistung zu erleichtern, müssen nicht besprochen/beantragt werden) aufgeteilt werden können. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Geänderte Arbeitsaufgaben/Einschränkungen des Aufgabenbereichs: Anpassung wurden häufig genannt; war dauerhaft oder vorübergehend; vorherige Tätigkeit wurde verändert; nicht immer erfolgreich, da in gewissen Branchen Arbeitsanpassung an Fertigungslevel von Mitarbeitenden sehr schwierig ist ohne Produktivitätseinbusse der Unternehmen; einige wurden auf Verwaltungs- und Büroaktivitäten umgestellt, aber auch hier war die Erfüllung der Anforderung infolge der anhaltende Beeinträchtigung schwierig. ▪ Schrittweiser RTW: Die Mehrheit der Teilnehmenden erhielten diese Anpassung. Sie kehrten mit weniger Stunden, weniger Schichten, verkürzten Schichten oder weniger Tagen pro Woche zurück an die Arbeit und steigerten die Zeit schrittweise zum vollen Arbeitspensum. Für die meisten war dies ein RTW-Plan der vom Workplace Safety and Insurance Board (WSIB) initiiert und umgesetzt wurde. ▪ geänderte Arbeitszeiten/Planung: Viele Teilnehmende konnten von Nacht- auf Tagschichten wechseln, die Länge der Schicht wurde geändert oder sie waren flexibel, um an Tagen mit starken Symptomen der Arbeit fernzubleiben und diese an anderen Tagen nachzuholen. Da stabile oder konsistente Arbeitszeiten, insbesondere in Bezug auf Schlaf- und Medikamentenpläne, von den Teilnehmenden als wichtiger Bestandteil der Bewältigung ihrer anhaltenden Symptome und Defizite genannt wurde, war dies relevant für Schichtarbeiter. ▪ Pausen: Es konnte häufiger oder länger Pause gemacht werden, was als nützlich empfunden wurde. ▪ Gewährung von Zeit für Arzttermine: Einige Teilnehmende nannten die erhaltene Zeit und Flexibilität als eine sehr wichtige Vorkehrung. ▪ Wechsel des Arbeitsplatzes: Dies beinhaltet die Entscheidung oder den Zwang den Arbeitsplatz zu wechseln, da jemand nicht länger in der Lage oder willens war, die Arbeitsaufgaben zu erfüllen. Zwei Teilnehmende aus der Studie entschieden sich den Arbeitsplatz zu wechseln, wo sie ihre veränderten Fähigkeiten besser einsetzen konnte, und ein Teilnehmender entschied sich für eine Auszeit.

		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Änderung des Arbeitsweges ▪ Anpassung der Umgebung: Teilnehmende nannten Symptome wie Kopfschmerzen, Licht- und Geräuschempfindlichkeit als Hindernisse für den RTW und nannten daher einen neuen Arbeitsplatz mit gedämpfter Beleuchtung oder in einem Einzelbüro als Erleichterung des RTW. ▪ Unterstützung von Mitarbeitenden durch Ablösung/Assistenz: Einige Teilnehmende gaben an, dass sie Hilfe und Unterstützung durch Mitarbeitende erhalten, die ihnen gewisse Aufgaben abnehmen. So erzählte eine Teilnehmende, dass ihr körperlich schwere Aufgaben teilweise von Mitarbeitenden abgenommen werden. ▪ Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien zur Bewältigung anhaltender Symptome: Um mit den Symptomen umzugehen, setzen viele Teilnehmende Strategien ein. Beispielsweise sorgfältige Medikamenteneinnahme, Kontrolle des Schlafs und Durchführung von Sportübungen. ▪ Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien, um anhaltende Gedächtnisschwierigkeiten und kognitive Herausforderungen zu bewältigen: Die Teilnehmenden äusserten auch anhaltende Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis, der Aufmerksamkeit, der Konzentration oder anderen kognitiven Aspekten, die sie in ähnlicher Weise mit selbstgesteuerten Strategien bewältigten, indem sie sich Mails ins Geschäft schreiben und sich auf der Handinnenseite Notizen machen. <p>○ <i>Thema 2: Faktoren am Arbeitsplatz – soziale und strukturelle Elemente:</i> Beim Erhalt von angemessenen Vorkehrungen sowie deren erfolgreichen Umsetzung, waren soziale Faktoren und strukturelle Faktoren am Arbeitsplatz besonders wichtig.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beziehung des Arbeitnehmenden zum Management: Es wird aufgezeigt, dass Mitarbeitende, die schon länger in einer Unternehmung tätig sind oder eine positive Beziehung zu ihrem Arbeitgebenden haben, die erfolgreichsten Erfahrungen mit Zugang zu Arbeitsplatzanpassungen hatten. Bei Mitarbeitenden, wo die Beziehung zum Arbeitgebenden eher negativ ist oder die die Echtheit der Verletzung sowie die Notwendigkeit bezüglich Anpassungen angezweifelt wird, zeigten sich Schwierigkeiten in der Umsetzung von angemessenen Anpassungen. Die Unternehmensgrösse wurde ebenfalls als wichtig erachtet. Erfahrungen zeigten, dass kleinere Unternehmen für Arbeitsplatzanpassungen eher verständnisvoller und entgegenkommender waren als grössere Unternehmen. ▪ Beziehung des Arbeitnehmenden zu den Mitarbeitenden: Ein positives Verhältnis zu Teammitgliedern oder eine positive Teamdynamik wurde als unterstützend für den Erhalt/die Umsetzung von angemessenen Anpassungen empfunden. Während diese bei schwierigen Aufgaben von Teammitgliedern Unterstützung erhielten, bewirkte es bei anderen, wo ein angespanntes Verhältnis zu Teammitgliedern bestand, dass die Anpassungen aus Angst vor Diskriminierung nur ungern und nicht vollständig umgesetzt wurden. ▪ Vorhandensein eines Fürsprechers: Die Teilnehmenden gaben an, dass ein starker Fürsprecher sich positiv auf die erfolgreiche Bereitstellung von Anpassungen auswirkte. Dies kann ein Familienmitglied, Gewerkschafts- oder WSIB Vertreter (Versicherung), Mitarbeitender, Arzt etc. sein. Viele Teilnehmende sprachen auch darüber, wie wichtig es ist, dass sie von ihren Ärzten oder anderen medizinischen Fachleuten unterstützt werden, wenn es darum geht, die Kooperation mit dem WSIB oder den Arbeitgebenden bei der Umsetzung angemessener Anpassungen zu erlangen. Wichtig ist dabei, dass der Arzt über die Arbeitssituation sowie -anforderung informiert ist, damit er sich effektiv einsetzen kann ▪ Finanzielle Sicherheit und Arbeitsplatzsicherheit: Die Teilnehmenden äusserten Schwierigkeiten mit der finanziellen Belastung, die mit der Arbeitsunfähigkeit nach dem Unfall, dem Erhalt von Entschädigungsleistungen durch die WSIB, dem Verlust dieser Entschädigung und ihrer allgemeinen finanziellen Sicherheit als "Ernährer" ihrer Familien verbunden ist. Viele Teilnehmende fühlten sich auch unter Druck gesetzt, an ihren Arbeitsplatz zurückzukehren, oft weil die Arbeitgebenden oder die WSIB die Entschädigungsleistungen gestrichen hatten, oder weil sie sich Sorgen um ihre Anstellung machten. Die Erfahrungen variieren, da einige ein doppeltes Einkommen hatten, während andere Alleinverdiener waren oder bei ihnen eine günstigere WSIB-Entschädigungssituation vorlag. Diese finanzielle Belastung und sowie der Druck früher als angemessen einen RTW durchzuführen, führten dazu, dass die Teilnehmenden keine angemessenen Anpassungen erhielten.
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Thema 3: Persönliche Faktoren: Die Teilnehmenden nannten eine Reihe von persönlichen Faktoren, welche die Möglichkeit, Anpassungen am Arbeitsplatz zu erhalten, beeinflusste. Darunter das Wissen über ihre Fähigkeiten nach der Verletzung, die Fähigkeit, sich selbst zu vertreten, und die unsichtbare Natur von mSHT. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen über die Fähigkeiten nach der Verletzung: Das Wissen über die eigenen Fähigkeiten nach der Verletzung war ein wichtiger Faktor, der die erfolgreiche Bereitstellung von Anpassungen beim RTW beeinflusste. Die Teilnehmenden beschrieben, dass sie nicht wussten welche Anpassungen sie benötigen, weil sie ein mangelndes Verständnis für mSHT und ihre funktionellen Fähigkeiten nach der Verletzung hatten. Zudem konnten sie das Anforderungsniveau am Arbeitsplatz nicht richtig einstufen. Als Teil des Genesungsprozesses anerkannten einige Teilnehmende ihre veränderten Fähigkeiten als «das neue Normal». Diejenigen die das neue Funktionsniveau akzeptieren konnten, waren besser in der Lage selbstgesteuerte Kompensationsstrategien als Anpassung anzuwenden. Ein Teilnehmender erzählt, dass er seinen Mitarbeitenden von seinem neuen Normal erzählte, um sicherzustellen, dass sie den Bedarf an Anpassungen verstanden. Zudem wurde in diesem Zusammenhang auch ein sachkundiger Fürsprecher, der den Verlauf der Genesung und die Arten der fortlaufenden Beeinträchtigungen kennt, als vorteilhaft erachtet. Dieser hilft mögliche Schwierigkeiten vorherzusehen und realistische zukünftige Anpassungsbedürfnisse zu erkennen. ▪ Fähigkeit sich selbst zu vertreten: Die Fähigkeit zur Selbstvertretung kann durch eine Reihe von Faktoren beeinflusst werden, wie z. B. die Beziehung des Teilnehmenden zu seinem Arbeitgebenden, sein Dienstalther am Arbeitsplatz, seine Prioritäten oder seine Erfahrungen mit mSHT, einschliesslich seiner Einsicht in seine funktionellen Fähigkeiten und anhaltenden Symptome. Die Arbeitgebenden wussten oft nicht, was der verletzte Arbeitnehmende brauchte, um sich unterstützt zu fühlen oder um seinen RTW-Prozess zu erleichtern. Daher profitierten sowohl Arbeitgebende und Arbeitnehmende davon, wenn die Teilnehmenden selbst für sich eintraten und artikulierten, was sie brauchten, was funktionierte und was nicht. Einige Teilnehmende hatten auch das Gefühl, Experten für ihre eigenen Erfahrungen mit mSHT zu sein. ▪ unsichtbare Natur eines mSHT: Die Teilnehmenden sprachen von der Besonderheit, eine "unsichtbare Behinderung" zu haben, und von den Auswirkungen, welche dies auf die Beantragung sowie Umsetzung von Anpassungen hatte. Oft wurden die Schwierigkeiten, welche die Teilnehmenden hatten von Mitarbeitenden vergessen oder sie hatten die Erwartung, dass sie zum früheren Funktionsniveau zurückgekehrt sind, da sie die Behinderung nicht sehen konnte. Gleichzeitig auftretende körperliche Symptome wurden als hilfreich angesehen, da diese besser wahrgenommen wurden. ○ Thema 4: Beruflich- und arbeitsbezogene Faktoren: Beruflich- und arbeitsbezogene Faktoren bezogen sich auf die Art der Arbeit und die eigene Kontrolle/Autonomie über die Arbeit. Diese Faktoren beeinflussten die Art der Anpassungen, die verletzte Arbeitnehmende in Anspruch nahmen, und ob sie formell oder informell waren. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Art der Arbeit: Es wurde festgestellt, dass die Art der Arbeit, welche die Teilnehmenden vor und nach der Verletzung ausübten, erhebliche Auswirkungen auf die Umsetzung und Bereitstellung von Anpassungen am Arbeitsplatz hat. Viele der Teilnehmenden führten eine körperlich eher belastende Tätigkeit aus. In einigen Fällen waren diese Arbeitsplätze nur schwer zu verändern, so dass der Arbeitnehmende in seiner Rolle mit wenigen oder unangemessenen Anpassungen bleiben musste. Auch die Bestimmung sowie Umsetzung geeigneter Anpassungen in bestimmten Branchen wie z.B. Gefängnissen oder Polizei zeigte sich als schwierig. ▪ eigene Kontrolle/Autonomie über die Arbeit: Das Ausmass an Kontrolle/Autonomie, welches Teilnehmende in ihrer Rolle beim RTW hatten, war ein wichtiger Faktor, der die Bereitstellung von Anpassungen, insbesondere von selbstgesteuerten Anpassungen bestimmte. Die Teilnehmenden stellten fest, dass die Kontrolle über die Art der Arbeit, die sie verrichten oder die Möglichkeit, an andere zu delegieren, zur erfolgreichen Umsetzung von formellen und informellen Anpassungen beitrug. Für einige Teilnehmende war es ein fester Bestandteil der selbstgesteuerten Arbeit zwischen der verschiedenen Arbeitstätigkeiten entsprechend der Tagesverfassung variieren zu können. <p>● Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmefälle, Teilnehmergegeschichten? Die Ergebnisse werden mit längeren, meist passenden Zitaten unterlegt.</p>
--	---

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? Die Forschenden beurteilen die Ergebnisse nicht abschliessend. Die einzigen zwei Punkte, die sie anfügten, waren: <ul style="list-style-type: none"> ○ dass diese Studie deutlich macht, dass es noch keine stark standardisierte oder strukturierte Art und Weise gibt, in der Anpassungen beantragt oder bereitgestellt werden. ○ dass das Fehlen eines systematischen Prozesses in vielen Fällen ein Hindernis für den Erhalt notwendiger Anpassungen darstellt. Die Forschenden interpretieren daraus, dass ein einziges Treffen oder eine einzige Diskussion über Anpassungsmassnahmen selten ausreicht. Die Bedürfnisse, Fähigkeiten und Einsichten der Teilnehmenden würden sich im Laufe ihres Genesungsprozesses ständig verändern, und daher bestünde ein klarer, fortlaufender Bedarf an Nachbereitung, Bewertung und Änderung der Anpassungen am Arbeitsplatz. • Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Die Ergebnisse beleuchten das Phänomen insofern, dass einige verschiedene Anpassungen und Faktoren, die deren Bereitstellung beeinflusst haben, zusammenkamen, die Menschen mit amSHT erlebt haben. • Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Es können 11 Anpassungen am Arbeitsplatz genannt werden, die Betroffene beim RTW erhalten haben oder sich gewünscht hätten. Zudem wurde die Frage nach Faktoren beantwortet, welche die Bereitstellung von Anpassungen am Arbeitsplatz beeinflussen. Es wurden zahlreiche Faktoren genannt, die auf den Anpassungsprozess einwirken. Es zeigte sich, dass diese Faktoren sowohl vom Betroffenen selbst, den sozialen und strukturellen Begebenheiten am Arbeitsplatz oder auch den Faktoren innerhalb der Arbeit selbst kommen können. • Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Die Forschenden nehmen kein Bezug zu bereits existierenden Forschungsliteratur hinsichtlich ihrer Fragestellung und der Ergebnisse. Es wird einzig folgendes mit Literatur aufgeführt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Im Einleitungsteil der Diskussion wird mit existierender Forschungsliteratur erneut aufgezeigt, welche Auswirkungen ein schlechter RTW haben kann, wie wichtig Arbeit für die Gesundheit ist, dass der RTW ein schwieriger Prozess ist und dass es verschiedene Arten von Anpassungen gibt, die den RTW erleichtern. ○ Weiter wird in der Empfehlung aufgezeigt, dass die betonte Verantwortung des Einzelnen, sich für seine Anpassungen einzusetzen im Widerspruch mit der Gesetzgebung von Ontario steht, die vorschreibt, dass Arbeitgebenden bei Behinderungen entgegenkommen müssen. • Gibt es Limitationen? Die Forscher nennen als Limitation, dass zwei Drittel der ursprünglich kontaktierten Teilnehmenden die Teilnahme an der Primärstudie ablehnten und dadurch eine kleinere Stichprobe resultierte. Zudem waren es nur englischsprachige Teilnehmenden und das Bildungsniveau war insgesamt höher als das der allgemeinen amSHT-Klinikpopulation.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Forschenden fordern, dass Arbeitgebende sich der Arten von Anpassungen bewusst sein müssen, die sie anbieten könnten sowie ihrer Pflicht zu deren Umsetzung nachkommen müssen. Sie schlagen auch vor, dass Arbeitgebende eine Weiterbildung zu mSHT machen könnten, um sich der damit verbundenen Beeinträchtigungen bewusst zu werden. ○ Die Forschenden stellen fest, dass insbesondere diejenigen Fachleute des Gesundheitswesens, die in der beruflichen Rehabilitation tätig sind, sich in einer einzigartigen Position befinden, um Empfehlungen für Anpassungen für RTW nach mSHT zu geben. Mit den Studienergebnisse erhalten diese Fachleute Beispiele für Anpassungen, die sie ihrer Klientel empfehlen und sich für deren Erhalt einsetzen können. ○ Weiter könnte die Studie gemäss den Forschenden auch als Ressource für Personen dienen, die eine amSHT erlitten haben, so dass sie sich der Arten von Anpassungen bewusst sind, von denen sie profitieren könnten. ○ Die Forschenden sehen es als wichtig, dass die Fachkräfte des Gesundheitswesens ihrer Klientel beibringen, wie sie sich selbst vertreten können, wenn sie Anpassungen beantragen, die der Arbeitgebende nicht unterstützt.

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Die Forschenden sehen es als Aufgabe der Angehörigen der Gesundheitsberufe, ihre Klientel umfassend über mSHT, die Beeinträchtigungen und den Genesungsverlauf aufzuklären, da dies den Prozess der Arbeitsplatzanpassung fördern würde. ○ Folgende Praxisempfehlungen sehen die Forschenden als am wichtigsten für Rehabilitationsfachleute an: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anpassungen am Arbeitsplatz reduzieren die Häufigkeit von Behinderungen am Arbeitsplatz und können formell oder informell sein. ▪ Die Teilnehmenden hielten einen schrittweisen RTW, geänderte Aufgaben, selbstgesteuerte Kompensationsstrategien und Erleichterungen bei medizinischen Terminen neben anderen Massnahmen für nützlich oder erforderlich. ▪ Die Beteiligten, einschliesslich der an der Rehabilitation beteiligten Gesundheitsdienstleistenden, sollten wissen, wie sie diese Massnahmen erfolgreich identifizieren und umsetzen können, um sicherzustellen, dass verletzte Arbeitnehmende beim RTW unterstützt werden. ○ Bezüglich zukünftiger Forschung sind folgende Studien erforderlich: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Studien, welche die Erfahrungen von Arbeitnehmenden beim Zugang zu Anpassungen am Arbeitsplatz bei verschiedenen Berufsverletzungen untersuchen. ▪ Es berichteten viele Teilnehmende von erheblichen Gesundheits- und Sicherheitsbedenken an ihrem Arbeitsplatz, sowohl im Vorfeld ihrer Verletzung als auch während ihres RTW. Es besteht Forschungsbedarf, um die Gesundheits- und Sicherheitspraktiken am Arbeitsplatz bzw. den Zusammenhang zwischen Gesundheits- und Sicherheitsproblemen und den RTW-Ergebnissen der Arbeitnehmenden näher zu untersuchen. ▪ Künftige Studien könnten die Erfahrungen anderer Interessensgruppen, die an der Bereitstellung von Anpassungen am Arbeitsplatz beteiligt sind, wie z. B. RTW-Koordinationspersonen, Arbeitgebende, Mitarbeitende, Familien oder medizinisches Fachpersonal, eingehender untersuchen. ▪ Künftige Forschungsarbeiten mit grösseren, branchenübergreifenden Stichproben sind ebenfalls erforderlich, um auf diesen vorläufigen Ergebnissen aufzubauen.
--	--	--

Kritische Würdigung der Studie: Gourdeau et al. (2018). Workplace accommodations following work-related mild traumatic brain injury: What works?

Forschungsschritt		Leitfragen der Würdigung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Die Ergotherapie engagiert sich in der Schweiz bereits in Arbeitsplatzabklärungen sowie -anpassungen. Es handelt sich also um ein Thema, dass in der Ergotherapie relevant ist. Arten von Arbeitsplatzanpassungen sowie Faktoren, die deren Bereitstellung beeinflusst haben, zu untersuchen scheint wichtig, da es einerseits das Wissen bezüglich der Arten erweitert und andererseits Punkte aufzeigt, die solche Anpassungen erschweren/erleichtern. Bei solchen Punkten kann angesetzt werden, um Anpassungen für die ergotherapeutische Klientel zu erreichen. Auch wenn sich die Studie auf amSHT bezieht, können wir die Resultate für unsere Bachelorarbeit verwenden. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie? Bis auf die Definition von amSHT ist das Phänomen klar erläutert. Dieser Punkt muss kritisiert werden, da ein wichtiger Begriffe nicht beleuchtet wurde. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Das Ziel der Arbeit wurde dargestellt. Allerdings wurden keine expliziten Forschungsfragen formuliert, was kritisiert werden kann. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Für die Einführung ins Thema verwenden die Forschenden geeignete Literatur. Einzig zum amSHT mangelt es an Literatur. Die Einführung ist breit gefasst, so dass das Spezifische dieser SHT-Form nicht herauskommt. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Die Signifikanz der Arbeit wird nicht abschliessend diskutiert. Beispielsweise wird zu wenig darauf eingegangen wieso sie sich genau mit Menschen mit einem mSHT nach einem arbeitsbedingen Unfall befassen. Es wird lediglich erörtert, warum sie das Thema Arbeitsplatzanpassung mehr erforschen möchten. Dies weil in anderen Studien die Notwendigkeit, den Anpassungsprozess genauer zu untersuchen, erkannt wurde. Weiter wird aufgeführt, dass in Kanada (wo die Studie durchgeführt wurde) die Anpassung des Arbeitsplatzes dem kanadischen Menschenrechtsgesetz unterliegt.
	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Der gewählte qualitative Ansatz ist angemessen, da es darum geht Erfahrungen von Personen zu untersuchen. Es kann jedoch kritisiert werden, dass die Forschenden nicht genau beschrieben haben, um welches Design es sich handelt und warum sie die Daten einer Primärstudie verwendet haben.
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Zu der Stichprobenziehung kann keine genauere Aussage gemacht werden, da nicht beschrieben ist, wie das in der Primärstudie durchgeführt wurde. Dies muss auf jeden Fall kritisiert werden, da es für die Qualität einen Unterschied macht, ob es sich um eine Zufallsstichprobe oder eine gezielte handelt. Dies wird auch in der Primärstudie nicht ersichtlich. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Die Stichprobe zeigt eine angemessene Heterogenität bezüglich Geschlecht, Bildungshintergrund, Branche und Zeit von der Verletzung bis zum RTW-Datum. Bezüglich des Alters sowie der Unternehmensgrösse, Zeit seit der Verletzung zum Zeitpunkt der Befragung und Beschäftigung vor der Verletzung hätte die Heterogenität noch etwas grösser sein dürfen. • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Die Stichprobengrösse ist mit 12 eher klein, was jedoch bei einer qualitativen Studie oftmals vorkommt. Begründet wird sie indirekt, als dass es die gleiche Anzahl war wie bei der Primärstudie. Es wird explizit erwähnt, dass keine zusätzlichen Daten erhoben wurden. • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Es wurden einige wichtige Informationen der Teilnehmenden beschrieben, jedoch nicht alle gesammelten Informationen. Beispielsweise wird nichts zum jeweiligen Unfallhergang sowie Rehabilitationsprozess beschrieben. Weiter wäre es noch interessant gewesen, zu erfassen, wie lange die

	<p>Teilnehmenden bereits bei dem Arbeitgebenden beschäftigt waren. Dies könnte unter Umständen auch noch gewisse Aspekte beeinflussen. Bezüglich des Settings wird lediglich erwähnt, dass das Interview am Telefon stattgefunden hat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Ja, die Informanten scheinen geeignet. • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Aus der Beschreibung der Stichproben kann nicht herausgelesen werden, ob die Teilnehmenden das Phänomen von Anpassungen am Arbeitsplatz wirklich erleben oder erlebt haben. Allerdings werden die Ergebnisse mit Zitaten unterlegt, die von vielen unterschiedlichen Personen stammen, weshalb davon ausgegangen werden kann.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es werden Daten erhoben, bei denen es um das menschliche Erleben geht. • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Es werden Informationen zu der Person gegeben, welche die Erhebung durchgeführt hat und dass sie es per Telefon tat. Hier fehlen die ungefähren Zeitangaben, da dies bereits einen leichten Rückschluss auf die Tiefe des Interviews schliessen lässt. Es wird detailliert beschrieben, um welchen Inhalt es in den Interviews ging. In der Primärstudie wird ersichtlich, dass es sich um Halbstrukturierte Interviews handelte. Zudem kann kritisiert werden, dass es sich um Telefoninterviews aus dem Jahre 2013 handelt. Zwischen den Interviews und der Veröffentlichung der Studie liegen somit 5 Jahre. Wenn man bedenkt, dass zwischen der Befragung und dem Datum der Verletzung zusätzlich zwischen 3-5 Jahre liegen, ist fraglich, ob die Aktualität der Daten gewährleistet ist. • Wird die Datensättigung diskutiert? Bezüglich der Datensättigung wird nichts erwähnt. Dies kann kritisiert werden. • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Von den Forschenden wurden 37 Personen angeschrieben, die früher einmal bezüglich Teilnahme an Studien zugestimmt hatten. Davon haben 12 geantwortet und eingewilligt. Somit kann man davon ausgehen, dass die Selbstbestimmung angemessen gewährleistet war.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Bezüglich dem philosophischen Hintergrund, sowie dem Standpunkt der Forschenden wird nichts dargestellt. Am Ende der Studie wird geklärt, dass die Forschenden keine potenziellen Interessenskonflikte angegeben haben. • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Das Analysieren von bereits erhobenen Daten stimmt mit dem Ansatz der Sekundäranalyse überein. Die Telefoninterviews liegen als Aufzeichnung vor und wurden transkribiert, was ebenfalls zum qualitativen Forschungsansatz passt. Kritisiert werden muss lediglich, dass bei den verwendeten Daten nicht klar ist, wie die Ziehung der Stichprobe erfolgt ist. • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z..B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Da in der Primärstudie brauchbare Daten für diese Studie herauskamen, ist eine Sekundäranalyse naheliegend. Ein qualitativer Ansatz lässt sich gut vereinbaren mit dem zu untersuchenden Phänomen. Die deskriptive Statistik hat zum Ziel, empirische Daten darzustellen und zu ordnen, was in dieser Studie mit den vier Hauptthemen und jeweiligen Untertiteln gut dargestellt wurde. Allerdings könnte hinterfragt werden, ob eine reine beschreibende Auswertung der Daten, wie es bei einer deskriptiven Analyse ist, sinnvoll ist.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Das Vorgehen wird klar und detailliert beschrieben. • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Die Analysemethode wurde mit einer Referenzierung beschrieben.

		<ul style="list-style-type: none"> • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Die analytischen Schritte werden von den Forschenden genau beschrieben. • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Die Analyse ist genau beschrieben, weshalb man davon ausgehen kann, dass die Analyse auch glaubwürdig ist. • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Bezüglich der Glaubwürdigkeit wurde von Forschenden nichts genannt und es ist nicht klar, ob eine Triangulation oder Member-Checking durchgeführt wurde. Dies ist zu kritisieren, da somit über den Wahrheitsgehalt der Ergebnisse diskutiert werden kann. • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Auch bezüglich der analytischen Entscheidungen ist nichts dokumentiert, weshalb diese nicht überprüfbar sind und als negativer Punkt zu werten ist.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Die Ethik wird in der Studie nur am Rande diskutiert. Für die Sekundäranalyse wurde keine Genehmigung eingeholt, wobei unklar ist, ob das notwendig gewesen wäre, da mit bereits vorhandenen Daten gearbeitet wurde. Gemäss den Forschenden wurden die Teilnehmenden aufgeklärt und haben ihr Einverständnis abgegeben. Unklar bleibt jedoch, ob dies nur für die Primärstudie galt oder ob bei der Sekundäranalyse erneut das Einverständnis eingeholt wurde. Die Beziehung zwischen den Forschenden und den Teilnehmenden wurde nicht geklärt, wobei dies nicht allzu viel ausmacht, da aufgrund der bereits vorhandenen Daten, die Teilnehmenden wahrscheinlich kaum Kontakt zu den Forschenden hatten.
Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Ergebnisse scheinen aufgrund einer angemessenen, präzisen Analyse entstanden zu sein. Die Forschenden verwendeten viele Zitate, von denen die meisten die gefundenen Ergebnisse gut belegen und widerspiegeln. • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Es werden einige verschiedene Anpassungen am Arbeitsplatz sowie Faktoren genannt. Daher reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit gut. • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Untersucht wurden gemäss Einleitung im Resultatteil nur Arten von Anpassungen und Faktoren, die deren Bereitstellung beeinflusst haben. Dies stimmt mit dem Zweck überein. Gemäss Zweck werden jedoch Anpassungen beim amSHT untersucht, da es in diesem Bereich noch keine Studie gibt. Im Resultatteil kommt diese Form von SHT aber nicht wirklich stark zum Ausdruck. Somit wird nicht klar, ob eine Studie mit amSHT andere Resultate ergibt als mit mSHT. Daher ist auch fraglich, ob die Studie Mehrwert liefert im Vergleich zu den bereits gemachten Studien. • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Im Grossen und Ganzen stimmen die Konzeptualisierung mit den Daten überein. Fraglich ist, ob der Punkt «Wechsel des Arbeitsplatzes» als Anpassung am Arbeitsplatz verstanden werden kann. Gemäss der weiteren Beschreibung sowie dem Zitat geht es darum, dass die Betroffenen den Arbeitgebenden wechseln und nicht innerhalb der Unternehmung einen neuen Arbeitsplatz einnehmen. Weiter stellt sich die Frage, ob die Punkte «Beziehung zum Management» sowie «Beziehung zu Mitarbeitenden» unter Thema 2 mit den genannten Zitaten wirklich so hergeleitet werden können. • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Grundsätzlich sind die Kategorien mit passenden Zitaten unterlegt. Es gibt jedoch einige Zitate, die nicht vollständig die Unterpunkte wiedergeben. • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Anpassungen sowie Faktoren werden als Ganzes recht gut beleuchtet. Etwas kritisiert werden muss, dass bei Thema 1 auch mind. eine Anpassung hineinfliesst, die zu einem verbesserten RTW geführt hätte, aber nicht umgesetzt wurde. Es handelt sich also nicht nur um erhaltene Anpassungen,

		<p>sondern auch um gewünschte Anpassungen. Weiter festzuhalten ist, dass im Resultatteil der Aspekt des amSHT nicht wirklich zum Vorschein kommt. Somit ist das Phänomen nicht vollständig als Ganzes beleuchtet worden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Mehrheitlich. Manche Inhalte der Kategorien wiederholen sich teilweise. Beispielsweise wird das Haben eines Fürsprechers in unterschiedlichen Aspekten aufgegriffen. Und auch die Inhalte der Punkte «Wissen über die Fähigkeit nach der Verletzung» sowie die «Fähigkeit, sich selbst zu vertreten» fließen teilweise ineinander über. • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Die Unterteilungen und Kategorisierungen sind nachvollziehbar dargestellt. Für die Interpretation der Daten wurde kein Modell entwickelt.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Es gibt wenige Punkte in der Diskussion, die beim besseren Verstehen des Phänomens helfen. Mehrheitlich werden im Resultatteil die wichtigsten Ergebnisse zusammengefasst. Dies ist auch daran erkennbar, dass ausser bei der Einleitung im Diskussionsteil keine fremde Forschungsliteratur zum Diskutieren der gefundenen Ergebnisse hinzugezogen wird. • Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Forschungsfrage kann mit den Ergebnissen insofern beantwortet werden, als dass 11 gemachte und gewünschte Anpassungen am Arbeitsplatz sowie einige Faktoren gefunden wurden, welche den Anpassungsprozess beeinflussen. • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Abgesehen vom Einleitungsteil in der Diskussion wird das Phänomen sowie die gefundenen Ergebnisse nicht mit Literatur diskutiert. • Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Ergotherapie diskutiert)? Es wird von den Forschenden aufgezeigt, dass die gefundenen Ergebnisse dazu beitragen werden, Ergotherapeuten bei der Anbietung von beruflichen Rehabilitationsmassnahmen zu unterstützen und die Interventionen sowie Empfehlungen zu verbessern.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Der Teil der Empfehlungen sowie Implikationen ist angemessen beschrieben und zeigt für Angehörige des Gesundheitswesens, insbesondere diejenigen die in der beruflichen Rehabilitation tätig sind, wichtige und gut umsetzbare Punkte auf. Die Empfehlungen beziehen sich dabei auf dargestellte Anpassungen sowie Faktoren, aber auch gewisse Umstände, die aus den Resultaten interpretiert wurden. • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? In der Schlussfolgerung werden erneut die wichtigsten Ergebnisse der Studie aufgegriffen und zusammengefasst.

Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Positives wird mit + und Negatives wurde mit – gekennzeichnet

Confirmability (Bestätigbarkeit)

- + Stichprobe zeigt eine angemessene Heterogenität und ist angemessen beschrieben.
- + Stichprobengröße ist für das qualitative Studiendesign angemessen.
- + An der Studie sind fünf Personen beteiligt, die alle dem Department of Occupational Science and Occupational Therapy, University of Toronto angehören.
- +/- Wahl des qualitativen Designs ist nachvollziehbar. Allerdings wird nicht näher beschrieben, weshalb eine Sekundäranalyse gewählt wurde.
- +/- Beschreibung der Stichprobengröße beinhaltet wichtige Punkte, allerdings werden nicht alle erhobenen Daten bezüglich der Stichproben präsentiert.
- Stichprobenziehung wird nicht erläutert und ist auch in der Primärstudie nicht ersichtlich.
- Die Studie wird nicht explizit durch eine externe Person begleitet.

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Datenanalyse erfolgte nach Braun und Clarke (2006).
- + Vorgehen bei der Datenanalyse wird klar und detailliert beschrieben.
- + Datenanalyse wurde von drei Forschenden durchgeführt, wobei das Lesen sowie die Kodierung der Transkripte unabhängig voneinander stattfand.
- + Bei der Datenanalyse wurden Gemeinsamkeiten sowie Unterschiede immer wieder reflektiert und diskutiert.
- + Teilnehmende erleben zu untersuchendes Phänomen.
- +/- Datenerhebung wurde von einem einzelnen erfahrenen, qualitativen Forscher mit einem Hintergrund im Bereich Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz durchgeführt.
- Vorgehen bei der Datenerhebung teilweise lückenhaft, gewisse Informationen mussten in der Primärstudie nachgeschlagen werden.
- Interrater-Reliabilität wird nicht beschrieben.
- Analytische Entscheidungen wurden nicht dokumentiert.
- Es wird nicht beschrieben, ob die Datenanalyse und -ergebnisse durch ein Gremium überprüft wurden.

Credibility (Glaubwürdigkeit)

- + In der Studie wird klar aufgezeigt, welche Aussage, von welchem Teilnehmenden gemacht wurde. Der Datenschutz ist trotzdem gegeben, indem die Namen geändert wurden.
- +/- Phänomen wird bis auf die Definition von arbeitsbezogenes mildes SHT klar erläutert und mit passender Literatur untermauert.
- Es wurde keine Triangulation sowie kein Peer-Debriefing oder Member-Checking erwähnt.
- Keine Diskussion der Datensättigung.

Transferability (Übertragbarkeit)

- + Ergebnisse werden oft mit passenden Zitaten untermauert und sind nachvollziehbar präsentiert.
- + Aufgrund der Ergebnisse kann das Forschungsziel als erreicht betrachtet werden.
- + Empfehlungen sowie Implikationen sind gut beschrieben und zeigen wichtige und gut umsetzbare Punkte für in der Praxis auf.
- + Schlussfolgerungen werden beschrieben.
- + Es werden einige wichtige Punkte für die zukünftige Forschung genannt.
- + Die Forschungsmethode wird beschrieben.
- + Demografischer Hintergrund der Studienteilnehmenden lässt eine Übertragung auf die Schweiz zu.
- Limitationen werden genannt, allerdings nicht sehr ausführlich beschrieben.
- Zeitpunkt der Datenerhebung ist bereits etwas älter (2013).

Evidenzlevel

Die Studie wurde im Disability and Rehabilitation veröffentlicht und befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Güte

Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine **hohe Güte**.

Zusammenfassung und kritische Würdigung der Studie: O’Keefe et al. (2019). A systematic scoping review of work interventions for hospitalised adults with an acquired neurological impairment.

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: An issue can be ‘focused’ In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Ziel ist es, Details über Assessments und Interventionen zu identifizieren, Faktoren hervorzuheben, welche die Integration von Rehabilitationsmassnahmen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz im stationären Bereich ermöglichen und Wissenslücken zusammenzufassen, um die Entwicklung von stationären Interventionen und die Qualitätsverbesserung zu unterstützen.

Forschungsfragen:

1. Welche Arbeits-Assessment wurden während der stationären Rehabilitation durchgeführt und welche Aspekte der Arbeitsperformanz werden dabei bewertet?
2. Welche Art von Interventionen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt wurden während der stationären Rehabilitation durchgeführt?
3. Was ermöglicht es, Interventionen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt in die stationäre Rehabilitation einzubinden (aus der Sicht der Klientel und Fachpersonen)?

In der Zielformulierung sowie in den Forschungsfragen fehlt der Bezug zur untersuchten Population (Menschen mit erworbenen neurologischen Erkrankungen im Alter zwischen 18-65 Jahren, welche vor der Verletzung Berufstätig waren). Zudem sind drei unabhängige Fragen eher viel für ein Scoping Review. Bei einem Scoping Review wird in der Regel nur eine einzige primäre Fragestellung aufgelistet. Teilweise kann diese durch eine oder mehrere Unterfragen weiter präzisiert werden.

Die Einleitung legt dar, aus welchem Grund der Scoping Review durchgeführt wird und welchem Informationsbedürfnis er entspricht, was den Anforderungen entspricht. Die Einführung begründet Population (siehe oben) und Kontext (stationäre Setting). Warum sie jedoch auch die Förderfaktoren (Enablers) zur Ermöglichung der Interventionen untersuchen möchten, wird nicht erwähnt. Zudem wird nicht beschrieben, ob bereits (Scoping) Reviews zum Thema bestehen oder ob danach gesucht wurde. Auch auf ein Konzept, was zum Beispiel später in einem klassischen systematischen Review näher beleuchtet werden könnte, wird nicht eingegangen.

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	X
Can't Tell	
No	

HINT: ‘The best sort of studies’ would

- address the review’s question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Sie geben an, dass die Studien zwischen 1999 und 2018 veröffentlicht wurden. Die älteste Studie ist jedoch von 1983, was zu kritisieren ist. 7 Studien von 1983-2000, 5 von 2001-2010, 16 Studien von 2011-2018. Fast die Hälfte der Studien sind älter als 10 Jahre, wodurch die Aktualität der Ergebnisse infrage gestellt werden kann. In Bezug auf diesen Punkt ist zu kritisieren, dass Bezüglich dem Publikationsjahr weder eine Beschränkung des Alters noch eine Begründung für die Wahl älterer Quellen beschrieben wird.

Es wurden 28 Studien inkludiert. Die Studien repräsentieren folgende Methoden: 13 qualitative, 8 quantitative, 3 gemischte Methoden, 2 Leitlinien und 2 Fallberichte. Da es ein Scoping Review ist, mit dem Ziel einen Überblick zu Assessments, Interventionen und Förderfaktoren zu verschaffen, sind die ausgewählten Studiendesigns der Hauptstudien angemessen. Da es nicht um die Wirksamkeit geht.

7 Studien unterscheiden zwischen stationären und community-based Interventionen/Assessments zur Rückkehr an den Arbeitsplatz. 11 Studien berichteten über Interventionen/Assessments, die sowohl stationär als auch community-based durchgeführt wurden, unterscheiden jedoch nicht zwischen den in den einzelnen Settings angebotenen Interventionen/Assessments.

Die drei Hauptthemen des Reviews können mit den inkludierten Studien breit abgedeckt werden, da zu jedem Thema zwischen 11 bis 19 Studien Ergebnisse dazu liefern. Bei den Unterkapiteln zu den Förderfaktoren geben die Studien zu den Kapitel «structure» und «training» nur wenig Inhalt her.

19 Studien zu Förderfaktoren (Tabelle 4): 1 Studie aus Perspektive der Fachpersonen, 9 aus Perspektive der Klientel, 3 sowohl als auch. In 3 Studien wurden die Erfahrungen der Fachpersonen, der Klientel und Arbeitsgebenden verglichen. 3 quantitative Studien berichteten in ihren Ergebnissen über Faktoren, die die Rückkehr an den Arbeitsplatz erleichtern. Die Studien decken mit vier verschiedenen Perspektiven eine breite Sicht zu diesem Thema ab.

13 Studien zu TBI, 6 zu Stroke, 6 zu TBI & Stroke, 3 zu Kopf- oder Hirnverletzungen. In allen Studien geht es um erworbene neurologische Erkrankungen, was passend für die Fragestellung ist.

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Look for
- which bibliographic databases were used
 - follow up from reference lists
 - personal contact with experts
 - unpublished as well as published studies
 - non-English language studies

Die systematische Suche (durch 1 Forschenden) in den 4 Datenbanken Medline, CINAHL, OT Seeker und Embase sowie in den Referenzlisten der Studien ergab 1609 Studien mit 75 Duplikaten. Nach dem Screening der Titel und Abstracts aller gefundenen Studien (von zwei unabhängigen Reviewern) wurden 241 im Detail gelesen und anhand der Einschlusskriterien bewertet, bevor die 28 eingeschlossenen Studien synthetisiert wurden. Im Falle von Unstimmigkeiten wurde in Absprache mit einer dritten unabhängigen Gutachterin (MS) ein Konsens erzielt. Dies entspricht alles den Vorgaben und wurde präzise dargestellt.

Einschlusskriterien:

- Quellen von Beginn der Datenbank bis März 2018
- Von Fachexperten geprüfte, publizierte Literatur (Peer reviewed published) inkl. Leitlinien (ist erlaubt für ein Scoping Review)
- Nur englischsprachige Artikel
- Population: Bestätigte Diagnose einer mittelschweren oder schweren erworbenen neurologischen Beeinträchtigung (einschliesslich traumatischer (z. B. Schädelhirntrauma) oder nicht-traumatischer Ursachen (z. B. Schlaganfall)), die durch ein klinisches Statement oder Messung (z. B. Glasgow Coma Score von 3-12 bei der Einlieferung ins Krankenhaus) angegeben wurde; Alter zwischen 18 und 65 Jahren; und Berufstätigkeit vor der Verletzung.
- Intervention: Interventionen zur Arbeits-Wiedereingliederung oder Assessment, die während der stationären Phase der Rehabilitation begonnen wurden (d. h. die Klienten mussten sich zum Zeitpunkt des Assessments oder der Intervention im Krankenhaus befinden).

Übersichtsartikel (Reviews) wurden nicht einbezogen, aber sie wurden nach primären Artikeln, die für die Einbeziehung relevant sind, durchsucht.

Die Suchstrategie ist angemessen breit. Die Studien wurden auf vier Datenbanken und in den Referenzlisten gesucht. Die Forschenden gaben bei der Datenanalyse an, bei Bedarf Studienautoren oder -autorinnen kontaktiert zu haben, um zusätzliche Informationen über die Studienmethode, die Teilnehmenden und die Ergebnisse zu erhalten. In den Einschlusskriterien fehlt das Kriterium, dass Studien eingeschlossen wurden, welche Förderfaktoren zur Umsetzung der Interventionen beschreiben.

Es wurde keine Aussage zu den geografischen Hintergründen der inkludierten Studien gemacht. Es ist unklar, wie breit die Resultate diesbezüglich abgedeckt sind, was sich auf die mögliche Übertragung der Ergebnisse auswirkt. Die Einschlusskriterien werden aufgelistet. Allerdings geben die Forschenden keine Begründung für diese Kriterien an. Vermutlich wurden nur nach von Fachexperten geprüfte, publizierte Literatur gesucht, um sicherzustellen, dass die Güte der Studien bereits höher ist.

Da nicht-publizierte sowie nicht-englischsprachige Studien ausgeschlossen wurden, ist unklar, ob wirklich alle Studien zu diesem Thema inkludiert worden sind. Fragwürdig ist auch, warum im Resultatteil zwei Studien erwähnt werden, welche nicht in den 28 ausgewählten Studien vorkommen.

Der Entscheidungsprozess bei der Literatursuche und Studiauswahl wird narrativ beschrieben und mit einem Flussdiagramm ergänzt.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Da es ein Scoping Review ist, werden keine kritische Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Studien durchgeführt. Es sind somit keine Schlussfolgerungen über die Methode, Studien Rigor oder Bias gezogen worden. Dies vermindert die allgemeine Aussagekraft des Reviews. Die Erstellung eines Scoping Reviews ist jedoch sinnvoll, wenn die Literatur noch nicht umfassend bewertet wurde, was bei diesem Thema der Fall ist. Es ist nur wenig darüber bekannt, wie Interventionen zur Arbeits-Wiedereingliederung im stationären Setting am besten organisiert werden können. Ein Scoping Review ist eine gute Methode, um Forschungsergebnisse zu bündeln, Forschungslücken auszuweisen und Empfehlungen für die zukünftige Forschungsarbeit zu unterbreiten, was die Forschenden auch klar als ihr Ziel angeben. Sie legen mit diesem Scoping Review dar, welche Arten von Evidenz für die Praxis in diesem Bereich zur Verfügung stehen.

Die Methode des Scoping Reviews wurde explizit erwähnt und dargelegt, dass sie den Leitlinien von Arksey und O'Malley folgten. Die Datenanalyse wurde genau beschrieben. Es wurden allgemeinen Informationen und spezifische Merkmale der einzelnen Studie unter Verwendung der Checkliste «The Standard Protocol Items: Recommendations for Interventional Trials» (SPIRIT) erfasst. Anhand der Checkliste wurden Einzelheiten extrahiert und anschliessend in ein Diagramm eingetragen. Ein Grossteil dieser Informationen ist in der Tabelle 1 wiedergegeben. Die Daten wurden mithilfe eines inhaltsanalytischen Ansatzes mit thematischer Kodierung durch vier teils unabhängige Forschende gruppiert und zusammengefasst.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Die Ergebnisse aller eingeschlossenen Studien sind in den Tabellen 2, 3 und 4 klar dargestellt, in welchen die Kernpunkte der einzelnen Studien einzeln aufgelistet wurden. Im Text des Resultatanteils sind sie kombiniert worden, wenn die Ergebnisse der verschiedenen Studien ähnlich sind. Unterschiede wurden nicht gross diskutiert, teilweise wurde explizit referenziert, dass eine Aussage im Ergebnissteil nur aus einer Studie stammt.

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
 - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Der Inhalt dieser Studien wurde in 3 Themen und 4 Unterthemen gegliedert, die mit den Inhalten meist mehreren inkludierten Studien übereinstimmen. Diese Resultate zeigen eine gute Übersicht zum Thema. Da die Resultate aus mehrheitlich qualitativen Studien, Leitlinien und Fallberichten stammen, werden sie in Text ausgedrückt und mit Tabellen ergänzt, welche ebenfalls keine Zahlen enthalten.

Assessments

Es wurden bei den RTW Assessment die folgenden Bereiche evaluiert:

- «Work history» von vor der Verletzung: Bildungsniveau, Arbeitsbeschreibung und -anforderungen, Liste der arbeitsspezifischen Aufgaben und Fähigkeiten, umweltbezogene (soziale und physische) Aspekte. Erhoben durch Gespräche mit der Klientel, Familie, Arbeitgebenden, Online Datenbanken
- Aktuelle Performanz bei Arbeitstätigkeiten unterteilt in: Core-work skills und work-specific skills
- Core-work skills (Arbeitsfertigkeiten = Problemlösung, Organisation, Konfliktmanagement): Erhoben durch: Beobachtung der Partizipation und Verantwortlichkeit der Klientel auf der Station. Core-work skills wurden häufiger gemessen als work-specific skills.
- Work-specific skills (arbeitsspezifische Fertigkeiten): Erhoben: Wenn möglich durch simulierte Aufgaben oder Umgebungen
- persönliche Perspektive der Arbeit (einschliesslich der Bedeutung): Wird nicht beschrieben, wie diese Daten genau erhoben werden

Interventionen

Interventionskomponenten, Ressourcen und Art der Durchführung variierte von Studie zu Studie.

Einteilung in vier gemeinsame Interventionsbereiche:

- Training von core-work skills: wird in den eingeschlossenen Studien mehr diskutiert als Training von work-specific skills, häufigste geübte Kompetenzen sind: Kommunikation, Zeitmanagement und Teamarbeit in Gruppentherapie oder auf Station
- Training von work-specific skills: individuell trainiert, speziell auf Arbeit des Klienten zugeschnitten. Dies erforderte mehr Ressourcen, spezielles Equipment und eine Umgebung, in der die Arbeit simuliert werden konnte. Virtual-Reality-Software kann eingesetzt werden, um Arbeitsaufgaben oder -Umgebung zu simulieren.
- Entlassungsplanung: wurde durchgeführt unabhängig von der Bereitschaft (Readiness) der Klientel für die Rückkehr an den Arbeitsplatz, meist durch einen Klinker auf der Grundlage von Empfehlungen des interdisziplinären Teams. Die Entlassungszusammenfassung war oft ausschlaggebend dafür, welche Leistungen die Klientel nach dem stationären Aufenthalt erhielt.
- Edukation: ist ein Schlüsselkomponent vieler Interventionen. Inhalt war: das Thema Hirnverletzungen oder der Prozess bezüglich der Arbeitsplatzrückkehr. Passierte fortlaufend und meist mündlich.

Förderfaktoren für stationäre Arbeitsplatzrückkehr Interventionen

4 Unterthemen konnten herauskristallisiert werden:

Struktur

Massnahmen wurden am erfolgreichsten in die übliche Pflege integriert, wenn das interdisziplinäre Team und das Stationsumfeld so strukturiert waren, dass die Klientel Verantwortung, Selbstmanagement und Eigeninitiative trainieren konnten. Die Work-history wurde bei Eintritt durch eine Fachperson erfragt. Dieser war anschliessend für die Intervention- und Entlassungsplanung zuständig.

Kollaboration

Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen, Klientinnen und Klienten sowie ihren Familien (und gegebenenfalls ihren Arbeitgebenden) schien entscheidend für den Beginn von RTW Interventionen im stationären Setting. Der Austausch unter Fachpersonen gewährt einen kohärenten Ansatz für die Rückkehr an den Arbeitsplatz. Die Zusammenarbeit mit der Klientel ist wesentlich, da die Klientel eher bereit ist, sich aktiv an der Arbeitsintervention zu beteiligen, wenn ihnen die Verantwortung für ihren eigenen

Wiedereingliederungsprozess übertragen wird.

Die Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen und Arbeitgebenden war zwar seltener, doch in einer Studie wurde festgestellt, dass ein frühzeitiger Kontakt mit dem Arbeitgebenden von Vorteil ist, um vernünftige Erwartungen hinsichtlich der Fähigkeit zur Rückkehr an den Arbeitsplatz aufzustellen.

Schulung von Fachpersonen

In fünf Studien wurde hervorgehoben, wie wichtig eine strukturierte und kontinuierliche Schulung des Fachpersonals zu Assessments und Interventionen im Bereich der Wiedereingliederung ist. Die Schulung des Personals könne dazu führen, dass diese vermehrt Arbeitsinterventionen durchführen. Die Fachpersonen profitieren von interaktiven Gruppensitzungen und supervidierten Sitzungen. Interventionsvorlagen, Arbeitsblätter und schriftliche Leitlinien/Pfade wurden verwendet.

Glaube an die zukünftige Arbeitsfähigkeit

Klientinnen und Klienten, die an ihre Arbeitsfähigkeit glaubten, zeigte sich erfolgreicher beim Wiedererlernen von Arbeitsfähigkeiten und hatten somit eine höhere Wahrscheinlichkeit, erfolgreich in die Arbeitswelt zurückzukehren. Dabei war ein starkes Selbstvertrauen förderlich. Dies kann bereits bestehen oder durch Unterstützung des Fachpersonals während der Rehabilitation erworben werden. Die Klientinnen und Klienten äusserten, dass es auch wichtig sei, dass die Fachpersonen ebenfalls an ihre Fähigkeit glaubten. In einer Studie kam heraus, dass Fachpersonen oft vermieden über das Thema Arbeit zu sprechen. Dadurch bekam die Klientel den Eindruck, dass eine Rückkehr zur Arbeit nicht möglich sei, wodurch ihr eigener Glaube daran verloren ging.

In den Tabellen wurden Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten als durchzuführende Disziplin explizit bei den Assessments 4 mal genannt, bei den Interventionen 8 mal.

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Die Ergebnisse sind meist nachvollziehbar beschrieben, jedoch nicht mit Zahlen untermauert.

Die Tabellen 2-4 geben grundsätzlich präzise Auskunft über die einzelnen Studien. Sie sind jeweils aufgeteilt in mehrere Spalten, wodurch auf einen Blick verschiedene Elemente einer Studie ersichtlich sind und die Studien gut mit anderen Studien verglichen werden können. Bei der Charakterisierung der inkludierten Studie in Tabelle 1 hätte noch das Herkunftsland und die Referenznummer angegeben werden können. In Tabelle 2 zu den Assessments-Studien fehlt die persönliche Perspektive der Klientel als Komponente. In der Tabelle 3 zu den Interventions-Studien wäre das Element Edukation sinnvoll gewesen. In Tabelle 4 zu den Förderfaktoren stimmt ein Untertitel nicht mit dem Untertitel des Textes überein («expectation» anstelle von «belief in future work capacity»). In allen Tabellen wird nicht erläutert was die Abkürzung n/a bedeutet, andere Abkürzung sind referenziert.

Bei der Resultatzusammenfassung sind die einzelnen Aussagen nicht immer stringent mit Quellen referenziert. Teilweise werden Punkte aufgelistet, welche nur mit 1-2 Studien untermauert werden konnten. All dies vermindert die Aussagekraft. Dies betrifft vor allem den Interventionsteil und den Untertitel Kollaboration. Im Interventionsteil sprechen sie zuerst von 16 Studien, in welchen Interventionen identifiziert wurden. Im Text werden danach aber nur 11 Studien zitiert und in der Tabelle 3 listen sie 14 Studien auf, wovon 2 nicht zu den in Tabelle 1 aufgelisteten Hauptstudien gehören. Was sehr fragwürdig ist. Im Assessmentteil werden die Ergebnisse durchgehend mit 3-6 Quellen angegeben. Unklar ist jedoch auch hier, weshalb sie im Text explizit von 8 Studien sprechen, wenn in der Tabelle 2 11 Studien zum Thema Assessment aufgelistet werden und im Text dann 15 Studien referenziert sind. Es folgen zudem keine genauen Aussagen zur Evaluierung der persönlichen Perspektive der Klientel hinsichtlich der Arbeit. Dieser Punkt wird auch in der Tabelle 2 nicht ausgeführt. Weiter sind die folgenden Punkte aufgefallen: Der Untertitel «Struktur» fehlt im Resultatteil. Bei der Förderfaktoren sprechen sie plötzlich von 19 von 27 anstatt 28 inkludierte Hauptstudien. Stergiou-Kita (2011) sowie Soeker (2016) sind Hauptquellen, sind jedoch nicht im Literaturverzeichnis enthalten.

Die im Resultatteil hervorgekommenen Fehler, lassen an der Genauigkeit des Reviews zweifeln.

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
 - your local setting is likely to differ much from that of the review

Da unklar ist, wo die Hauptstudien durchgeführt wurden, kann keine genaue Aussage darüber gemacht werden, inwiefern sich die Resultate auf diese Population in der Schweiz übertragen lässt. Grundsätzlich ist es jedoch vorstellbar, dass die dargestellten Interventionen und Assessment in der Schweiz durchgeführt werden könnten. Gerade bezüglich der Ressourcen für die Interventionen ist die Schweiz in der Neurorehabilitation sehr fortschrittlich ausgestattet. Ausserdem könnten aus dem Förderfaktor «Zusammenarbeit» wichtige Punkte bezüglich der interprofessionellen Zusammenarbeit abgeleitet werden. Die grösste Einschränkung wird bei der Finanzierung gesehen, da diese sehr stark von der auf den Fall bezogenen Versicherung abhängt. Werden die Kosten für Interventionen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im stationären Setting nicht übernommen, ist anzunehmen, dass keine entsprechenden Interventionen durchgeführt werden.

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider whether
- there is other information you would like to have seen

Es wurden alle wichtigen Ergebnisse in der Tabelle und in der narrativen Zusammenfassung berücksichtigt. Die Forschenden nennen auch Limitationen ihrer Arbeit und Empfehlungen für weitere Forschungsarbeit. Der Diskussionsteil liefert eine gute Zusammenfassung der Ergebnisse, es fehlt jedoch an vertiefter Diskussion und Interpretation seitens der Forschenden und an der Untermauerung der Resultate mit zusätzlicher Forschungsliteratur. Die im Diskussionsteil verwendeten Quellen sind zum Grösstenteils die Hauptquellen des Reviews.

Diskussionsteil
Die Ergebnisse werden in der Diskussion nochmals zusammengefasst. Interpretiert wurden diese von den Forschenden jedoch nur vereinzelt. Zur Diskussion wird nur zwei weitere Quellen abgesehen von den Hauptstudien hinzugenommen.
Es wird aus zwei Gründen empfohlen, bei allen stationären Rehabilitationsuntersuchungen eine Evaluierung der work history vorzunehmen, unabhängig davon, wie das klinische Team die Wahrscheinlichkeit einer Rückkehr an den Arbeitsplatz einschätzt. Unklar ist hier jedoch, ob das eine Interpretationen/Empfehlungen der Forschenden ist oder dies in den Hauptstudien diskutiert wurde.
Es wird in der Diskussion vermerkt, dass die Durchführung von Assessments und Interventionen zur Arbeitswiedereingliederung im stationären Setting für Fachpersonen schwierig ist. Dies wird im Resultatteil jedoch nicht erwähnt. In der Diskussion wird der Punkt der Zusammenarbeit nicht diskutiert.
Folgende weitere Forschungsarbeiten werden von den Forschenden als wertvoll angesehen: Studien, welche die Wirksamkeit von Massnahmen zur Förderung von Interventionen untersuchen und solche, die explizit Ressourcen untersuchen, welche für die stationäre Rehabilitation in diesem Bereich nützlich sind.

Genannte Limitationen
Die Forschenden nennen die begrenzte Anzahl von Studien und der geringe Stichprobenumfang der eingeschlossenen Studien als Limitation. Es wurden nur englischsprachige Studien eingeschlossen und solche, in denen Assessments oder Interventionen in einem Krankenhaus durchgeführt wurden. Zudem führte eine schlechte Berichterstattung über die Interventionen zum Ausschluss. Durch diese genannten Punkte besteht die Möglichkeit, dass relevante Literatur ausgeschlossen wurde.
Darüber hinaus erkennen die Forschenden an, dass Schlaganfall und Schädelhirntrauma unterschiedliche Populationen sind, die sich in ihrem Outcome unterscheiden können und dass Interventionen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz für diese Populationen unterschiedlich sein können.
Es wurde nochmals erwähnt, dass keine kritische Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Studien aufgrund der Scoping-Review-Methode erfolgte. Die Forschenden unterstrichen, dass der Scoping Review keine Auskunft über die Wirksamkeit der in Krankenhäusern durchgeführten Interventionen zur frühen Rückkehr an den Arbeitsplatz liefert.

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

- HINT: Consider
- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Dieses Scoping Review hat als Ziel, einen Überblick über die vorhandene Evidenz und den aktuellen Wissensstand bezüglich der Evaluationen (Assessments) sowie Interventionen zur Rückkehr an den Arbeitsplatz im Rahmen der stationären Rehabilitation zu geben. Das Review stellt einige wichtige Punkte aus den Studien dar, die für die weitere Forschungsarbeit in diesem Bereich von Bedeutung sein können. Da dieses Gebiet noch sehr wenig untersucht wurde, aber klar ein wesentlicher Punkt in der Rehabilitation dieser Population darstellt, sind die Resultate diese Studie sehr wertvoll.

Evidenzlevel

Das Review wurde im Journal of Occupational Rehabilitation veröffentlicht und befindet sich auf der Stufe 4 (level of syntheses) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Güte

Auf Basis der kritischen Würdigung hat dieses Scoping Review eine **hohe Güte**.

Zusammenfassung der Studie: Soeker und Pape (2019). The use of the model of occupational self-efficacy for work retraining: A multiple case study.

Forschungsschritt		Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage	<ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Es handelt sich, um die Erfahrungen von Personen mit SHT, bei denen für den RTW das Model of Occupational Self-Efficacy (MOOSE) angewendet wurde. • Wie ist das Phänomen beschrieben, definiert und mit Literatur erläutert? Ein SHT kann zu langfristigen körperlichen, kognitiven und psychosozialen Beeinträchtigungen führen, die unter anderem nicht immer offensichtlich sind. Explizit erwähnt werden die eingeschränkten exekutiven Funktionen, die sich negativ auf die Beteiligung am täglichen Leben, soziale Aktivitäten und erfolgreiche Rückkehr an den Arbeitsplatz auswirken. Es wird zudem aufgezeigt, dass in Südafrika eine grosse Anzahl von Personen nach einem SHT in der Arbeitslosigkeit enden. Das MOOSE soll Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten unterstützen, Menschen mit einem SHT effektiv in die Arbeitswelt zurückzuführen. Das MOOSE besteht aus vier Stufen: In der 1. Stufe («Starker Glaube an funktionale Fähigkeiten») unterstützt die Ergotherapeutin die Person mit einem SHT beim Reflexionsprozess über ihre Einschränkungen und Fähigkeiten, um damit in ihrer Arbeitsumgebung und dem sozialen Umfeld zurechtzukommen. In der 2. Stufe («Einsatz des Selbst») liegt der Fokus auf der Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Motivation, um an der Arbeit und den täglichen Aufgaben teilzunehmen. Bei der 3. Stufe («Kompetenzerwerb durch Engagement in Betätigung») werden in der Ergotherapie die arbeitsbezogenen Fertigkeiten verbessert. Dabei werden die Arbeitsaufgaben sowie das Arbeitsumfeld häufig entsprechend den Aufgaben und dem Umfeld vor der Verletzung gestaltet. In der 4. Stufe («Fähige Person») wird die Person zunehmend befähigt, sich unabhängiger an Arbeitsaufgaben auf dem offenen Arbeitsmarkt zu beteiligen und die Unterstützung durch die Ergotherapeutin nimmt ab. Dabei soll die Person die verschiedenen Herausforderungen am Arbeitsplatz fortlaufend selbständiger lösen. • Wie lautet die Forschungsfrage? Es wird keine explizite Forschungsfrage genannt. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Das Ziel der Studie ist es, die Erfahrungen von Personen mit einem SHT, bei denen für den RTW das MOOSE angewendet wurde zu untersuchen sowie zu beschreiben. Dabei sollen besonders Barrieren sowie Förderfaktoren beschrieben werden.
	Ansatz/ Design	<ul style="list-style-type: none"> • Um welchen Ansatz, welches Design handelt es sich? Es handelt sich um einen «Case Study Approach» (Fallstudienansatz), der einen explorativen Charakter hat. Es wurde das von Yin (Yin, R.K. (1994), <i>Case Study Research: Design and Methods</i> (2. Aufl.). Sage Publications.) empfohlene multiple Fallstudiendesign verwendet. • Wie wird die Wahl des Ansatzes/Design begründet? Auf die Auswahl des Ansatzes wird nicht näher eingegangen.
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Die Population besteht aus Menschen, die in Ergotherapieabteilungen von Tertiärkrankenhäusern oder medizinischen Versorgungszentren behandelt wurden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Einschlusskriterien: milde oder mittelschwere Hirnverletzung; vor der Verletzung mindestens drei Monate und nach der Rehabilitation gegen Entgelt erwerbstätig gewesen sein; sich effektiv in Englisch und Afrikanisch verständigen können; über 18 Jahre alt sein ○ Ausschlusskriterien: schwere Hirnverletzung; aktive Symptome im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen nach dem DSM V; Mehrfachbehinderungen • Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen? Die Stichprobe besteht aus acht Männer und zwei Frauen, die zwischen 21 und 36 Jahre alt sind; eine Person ist geschieden und neun sind verheiratet; eine Person hat die allgemeine Schulausbildung nicht abgeschlossen, bei sechs Personen ist die obligatorische Schulausbildung der höchste schulische Abschluss, bei einer Person ist die High School der höchste schulische Abschluss und zwei Personen haben einen tertiäre

	<p>Ausbildung abgeschlossen; sieben Personen hatten eine milde und drei eine mittelschwere Kopfverletzung; zwei Personen waren Sicherheitsmitarbeitende, ein Juwelierherstellenden, ein Tankwart, ein Coiffeur, ein Arbeitenden und ein Bankmitarbeitenden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie wurde die Stichprobe gezogen? Gemäss Studie handelt es sich um eine gezielte Auswahl, da die Stichprobe von einer älteren Studie (2017), die vom selben Autor stammt reproduziert wurde. • Gibt es verschiedene Studiengruppen? Es gibt nur eine Studiengruppe. • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Bei der genaueren Beschreibung der Stichprobe wird darauf hingewiesen, dass die Teilnehmenden aus einer Studie vom Jahr 2017 reproduziert wurden. Bei dieser Studie wurden die Teilnehmenden durch eine einfache Zufallsstichprobe gewählt. Jedoch ist weder in dieser noch in der Studien vom 2017 klar ersichtlich, wann genau die Stichprobe gezogen wurde und wie alt die Daten bereits sind.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> ○ persönliche, halbstrukturierte Interview à 45-60 Min, wobei die fünf Schritte des Forschungsdesignes von Yin (1994) verwendet wurden. ○ einfache Beobachtung der Teilnehmenden während den vier Phasen des MOOSE ○ Dokumente, die medizinische Informationen sowie die Vorgeschichte der Teilnehmenden beinhalteten, wurden aus verschiedenen Wissensquellen beschafft, beispielsweise aus den Krankenakten des Krankenhauses. • Wie häufig wurden Daten erhoben? In jeder Phase wurde mit jedem Teilnehmenden ein Interview geführt. Gesamthaft bedeutet die vier Gespräche mit jedem Teilnehmenden. Die einfache Beobachtung wurde fortlaufend während jeder Phase des MOOSE durchgeführt. • Wie wurden die Daten verarbeitet? Die Transkriptionen der Interviews wurden kodiert, kategorisiert und in Themen eingeordnet, um die gesammelten Informationen zu konzeptualisieren. Während des Kodierungsprozesses nutzte der Forschende Beobachtungen und Feldnotizen, um die Validität der Studie zu gewährleisten.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Die Forschenden nennen lediglich, welchen Ansatz sie gewählt haben, dass dieser im qualitativen Paradigma positioniert ist und welches Fallstudiendesign (Yin, 1994) verwendet wurde. Jedoch wird die Wahl sowie die Vorgehensweise nicht diskutiert.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Die Forschenden wandten zur Erklärungsfindung die Datenanalysestrategie von Yin (1994) an. • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Die Forschenden nehmen insofern Stellung zur Qualität, als dass aufgezeigt wird, dass die Vertrauenswürdigkeit der Analyse nach Krefting (Krefting, L. (1991). Rigor in qualitative research: the assessment of trustworthiness. <i>American Journal of Occupational Therapy</i>, 45(3), S. 214–222.) sichergestellt wurde. Das bedeutet, dass die: <ul style="list-style-type: none"> ○ Glaubwürdigkeit durch die Überprüfung der Mitglieder und die Triangulation sichergestellt wurde. ○ Übertragbarkeit durch die detaillierte Beschreibung der Forschungsmethoden und -kontexte sowie durch die detaillierte Beschreibung der Teilnehmenden und ihrer Erfahrungen sichergestellt wurde. ○ Zuverlässigkeit durch dichte Beschreibungen, gegenseitige Überprüfung und Triangulation sichergestellt wurde. ○ Bestätigbarkeit durch den Prozess der Reflexivität sichergestellt wurden, wobei die eigenen Voreingenommenheit oder Annahmen des Forschenden durch ein reflexives Tagebuch sichtbar gemacht wurden.
Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Ethische Fragen werden keine diskutiert. Es wird lediglich erwähnt, dass die in der Deklaration von Helsinki beschriebenen ethischen Grundsätze

		<p>beachtet sowie die ethische Genehmigung des Forschungsethikkomitees der University of the Western Cape und die Erlaubnis des Medical Superintendent am Tygerberg Hospital eingeholt wurden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja, die Genehmigung der Ethikkommission sowie die Erlaubnis des Medical Superintendent am Tygerberg Hospital.
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">Resultate</p>	<p>Ergebnisse</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Die Ergebnisse werden in Themen und Kategorien wie folgt präsentiert: <ul style="list-style-type: none"> ○ Thema 1: Grenzen bei der Anwendung des Modells <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Kategorie 1.1: Die zweite Phase ist zu enttäuschend:</i> Die Teilnehmenden verbesserten in der zweiten Phase ihre Arbeitsfertigkeiten (Gedächtnis, Konzentration und angemessenes Sozialverhalten) mittels papierbasierten Aktivitäten, Arbeitsblätter und Anwendung von Gedächtnistechniken. Generell erlebten sie dies als sehr herausfordernd und zeigten negative Einstellungen und geringe Bereitschaft gegenüber den Aktivitäten. Ein Teilnehmender wünschte sich mehr körperliche Arbeit. ▪ <i>Kategorie 1.2: Allgemeiner Mangel an Ressourcen und Arbeitsmöglichkeiten: «Was ist der Sinn?»:</i> Die Teilnehmenden brachten ihre Verzweiflung zum Ausdruck, da das Programm ein langwieriger Prozess ist, niemand über ein Einkommen verfügte und sie aufgrund finanzieller Schwierigkeiten oft Hunger sowie Mühe hatten die Transportkosten zu bezahlen. Eine Teilnehmende fragte sich, von wo sie die Möglichkeit erhalten würde, sich in Arbeitsumgebungen einzubringen und Zugang zu praktischer Berufserfahrung zu erhalten, da sie keine Möglichkeiten dazu hatte. ○ Thema 2: Förderfaktoren des Modells hinsichtlich der Arbeitsintegration <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Kategorie 2.1: Wichtigkeit die Phase 1 zu erreichen:</i> Die weiblichen Teilnehmenden kämpften eher damit, ihr neues Potenzial zu akzeptieren und verglichen ihre Fertigkeiten immer mit denjenigen vor der Verletzung. Es wird dargelegt, wie wichtig die Phase 1 ist. Der Therapierende hat in dieser Phase die Möglichkeit, nach der Verletzung wieder eine ganze Person zu erschaffen, die Motivation der Klientel aufzubauen, ihr zu helfen das neue Arbeitspotenzial zu akzeptieren und ein realistisches Selbstbild zu schaffen. ▪ <i>Kategorie 2.2: Verschiedene Behandlungsansätze:</i> In Phase 1 und 3 wurden Einzel- sowie Gruppensitzungen eingesetzt und in Phase 2 nur Einzelsitzungen. Gruppensitzungen werden als vorteilhaft beschrieben, besonders infolge Austausch zwischen Peers. ▪ <i>Kategorie 2.3: Bedeutung von Occupational Engagement und die Verbesserung der Fertigkeiten in Phase 3:</i> Diese Kategorie repräsentiert die Erfahrungen der Teilnehmenden in Phase 3, ihre Wahrnehmung der arbeitssimulierten Aufgaben in einer kontrollierten und unkontrollierten (realen) Arbeitssituation sowie was für sie wichtig war und warum es für sie von Vorteil war. ▪ <i>Kategorie 2.4: eine ganzheitliche Erfahrung:</i> Positive Feedbacks der Teilnehmenden zeigten, dass sie durch die Teilnahme am Programm Zufriedenheit und Sinn gewannen. Ein Zitat zeigt, wie die Interventionen einer Teilnehmenden geholfen haben, sich bei der Arbeit wieder besser an Dinge zu erinnern. ○ Thema 3: Erweiterungen zur Verbesserung des Modells <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Kategorie 3.1: Schulung über ganzheitliche Gesundheit:</i> Einige Teilnehmende hätten gerne mehr körperliche Kraft erlangt und sich mehr Bildung gewünscht. Ein Teilnehmender hätte sich mehr Informationen über einen gesunden Lebensstil gewünscht. ▪ <i>Kategorie 3.2: Mehr soziale Selbsthilfegruppen:</i> Es wurden Wünsche für mehr soziale Selbsthilfegruppen geäußert. Ein Teilnehmenden hätte gerne mehr Unterstützung erhalten, da er in seinem Umfeld wenig davon erhält. ▪ <i>Kategorie 3.3: Bewältigungsstrategien und Krisenpläne:</i> Die Teilnehmenden benötigen Bewältigungsstrategien sowie Notfallpläne während sie auf eine Rückkehrmöglichkeit an den Arbeitsplatz warten. Ein Teilnehmender, der sich in der Probezeit befindet, berichtet von Ängsten schlechter als andere und nicht gut genug zu sein.

		<ul style="list-style-type: none"> • Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Die gefundenen Ergebnisse werden jeweils mit Teilnehmerszitate unterlegt, welche sich im Schriftbild vom restlichen Text unterscheidet. Einmalig wird eine einfachen Beobachtungsnotiz verwendet.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selber die Ergebnisse? <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Barrieren: Als eine Barriere wurde von den Forschenden die Transport- und Geldbeschränkung identifiziert. Diese trat auf, weil die meisten Teilnehmenden arbeitslos waren. Für die Teilnahme an der Studie erhielten die Teilnehmenden etwas Geld für den Transport sowie Essen. Als eine weitere Barriere wurde die individuelle Wahl der Aktivitäten genannt. Verwaltungsbezogenen Aktivitäten waren für viele der Teilnehmenden eher ungewohnt und ohne Bedeutung. Dies kommt daher, dass viele eher in Arbeiterberufen tätig waren. Die Teilnehmenden gaben in der Studie an, dass die Teilnahme an arbeitsbezogenen Aktivitäten ihr Selbstwertgefühl steigerte, da sie unabhängig und kompetent im Fertigkeitenerwerb waren. Als dritte Barriere wurde der Mangel an finanziellen Mittel für Programme zur beruflichen Rehabilitation genannt. Gemäss den Forschenden deutet die Studie darauf hin, dass eine Einschränkung des Programmerfolgs in der mangelnden Finanzierung liegt und dass diese mangelnde Finanzierung zum Mangel an beruflichen Rehabilitationsdiensten in Südafrika insgesamt beiträgt. Als letzte Barriere wurde die Arbeitslosenkrise in Südafrika genannt. Die Ergebnisse der Studie zeigen gemäss den Forschenden, dass Menschen mit Behinderungen trotz der Gesetzgebung immer noch nicht beschäftigt werden. Stigmatisierung, Unwissenheit der Arbeitgebenden, generelle hohe Arbeitslosenquote in Südafrika sind die Begründung dafür. ▪ Förderfaktoren: Die Forschenden hoben die Bedeutung von Phase 1 mit Zielsetzung sowie Selbstbeobachtung sowie die Bedeutung des Occupational Engagements und der Verbesserung von Arbeitsfertigkeiten als Förderfaktoren hervor. Gemäss den Forschenden erwies sich in der Studie die erste Phase als sehr wichtig, da die Teilnehmenden beschrieben, dass die erste Phase ihnen die Möglichkeit gab, über ihre funktionalen Herausforderungen nachzudenken und sich Ziele in Bezug auf ihre berufliche Zukunft zu setzen. Gemäss den Forschenden unterscheidet sich das MOOSE von traditionellen unterstützenden Beschäftigungsmodellen dadurch, dass es ein klientenzentriertes Modell ist, indem es den Menschen mit Hirnverletzungen ermöglicht, sich mit Hilfe des «Gibbs reflective cycle» selbst zu reflektieren sowie eine aktive Rolle bei der Auswahl und Leitung des Trainings der Arbeitsfertigkeiten zu spielen. ▪ Erweiterungen: Als letztes gehen die Forschenden in der Diskussion noch auf die Erweiterungen des Modells ein. Obwohl die Resultate gezeigt haben, dass ein grösserer Schwerpunkt auf die Bildung zu einem gesunden Lebensstils, mehr Selbsthilfegruppen und die Vermittlung von Bewältigungsstrategien gelegt werden soll, weisen die Forschenden auf ein grösseres Problem hin. Und zwar wie ein Modell einer Person helfen soll, die von Armut und Arbeitslosigkeit betroffen ist. Die Forschenden argumentieren, dass mehr Wert daraufgelegt werden müsse, dass Arbeitsvermittlungsagenturen und Ausbildungsbehörden an der Bereitstellung von Ausbildungsmöglichkeiten beteiligt werden. ○ Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Die Forschungsfrage erkundigte sich nach den Barrieren sowie Förderfaktoren, die Personen mit einem SHT erleben, bei denen für den RTW das MOOSE angewendet wurde. In der Studie wurden einige Erfahrungen aufgezeigt, mit denen die Forschungsfrage zumindest teilweise beantwortet werden kann. • Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Die Ergebnisse werden nur wenig mit Forschungsliteratur bestätigt. Die Resultate werden mehrheitlich mit neuen Informationen aus der Literatur ergänzt bzw. erweitert. • Gibt es Limitationen? Die Forschenden beschreiben als Limitation die Unmöglichkeit, die Studienergebnisse auf die Gesamtbevölkerung zu übertragen, aufgrund der

		inhärente Natur qualitativer Forschung sowie der begrenzten Anzahl der Studienteilnehmenden. Zudem nenne sie als eine Einschränkung, dass hauptsächlich männliche Teilnehmenden an der Studie teilnahmen.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Schlussfolgerungen sind beschrieben? <ul style="list-style-type: none"> ○ Zu den in der Studie ermittelten Hindernissen gehörten Fehlkommunikation und -wahrnehmung, dass die zweite Stufe zu frustrierend ist, sowie ein allgemeiner Mangel an Ressourcen und Beschäftigungsmöglichkeiten. ○ Als förderlich erwiesen sich unter anderem die Verwendung verschiedener Behandlungsansätze, die Bedeutung des Occupational Engagement und die Förderung von Fertigkeiten in Phase 3 sowie eine ganzheitliche Erfahrung. ○ Zu den Empfehlungen zur Verbesserung des Modells gehörten die Aufklärung über ganzheitliche Gesundheit, die Ausweitung sozialer Selbsthilfegruppen und die Einbeziehung von Bewältigungsstrategien und Notfallplänen. ○ Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass MOOSE ein nützliches Modell für die Wiedererlangung von Arbeitsfertigkeiten bei Personen mit Hirnverletzungen ist. Die Teilnehmenden an dieser Studie konnten ihre Beschäftigung auf dem offenen Arbeitsmarkt über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten aufrechterhalten, und es verbesserte ihre Fähigkeit, die Hirnverletzung zu akzeptieren und sich an ihre Arbeitsrolle anzupassen. ○ Eine Einschränkung des MOOSE bestand darin, dass trotz aller Bemühungen kein positives Ergebnis garantierte ist, was zu Demotivation und einer Verringerung der Selbstwirksamkeit führen und dadurch kontraproduktiv sein kann. • Welche Implikationen für die Praxis, Theorien und zukünftige Forschung sind beschrieben? <ul style="list-style-type: none"> ○ 1. Das MOOSE ist ein nützliches Modell, das bei dem Wiedererlangen von Arbeitsfertigkeiten eingesetzt werden kann. ○ 2. Soziale Unterstützungsgruppen und Bewältigungsstrategien sind in Rehabilitationsprogrammen wichtig ○ 3. Die Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ist ein Schlüsselfaktor für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einer Person

Kritische Würdigung der Studie: Soeker und Pape (2019). The use of the model of occupational self-efficacy for work retraining: A multiple case study.

Forschungsschritt		Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Es wird aufgezeigt, dass durch ein SHT oftmals verschiedene Einschränkungen bestehen, welche die Fähigkeit beschränken, sich an die Rolle als Arbeitnehmenden anzupassen. Dies und andere Auswirkungen des SHT führen dazu, dass Personen sich nicht wie vorher am Alltag beteiligen und Einschränkungen in ihren täglichen Aktivitäten erfahren. Da die Ergotherapie Menschen befähigt, an Aktivitäten des täglichen Lebens teilzuhaben, ist dies definitiv relevant für die Ergotherapie. Das MOOSE ist ein ergotherapeutisches Modell, welches darauf abzielt, Personen nach einem SHT in die Arbeitswelt zurückzuführen. Nebst dem Aspekt der Wirksamkeit ist es auch wichtig, Erfahrungen der Personen zu kennen, bei denen es angewendet wird. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie? Das Phänomen wird klar beschreiben. Da die Ergotherapie klientenzentriert ist, ist es von Bedeutung die Erfahrungen von Personen zu untersuchen, bei denen das MOOSE zum Einsatz kam. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Das Ziel wird in der Studie klar genannt. • Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Es werden keine expliziten Fragen genannt. Jedoch wird in zwei Sätzen erläutert, was in der Studie untersucht werden soll. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Zu Beginn werden mit geeigneter Literatur Informationen zum SHT, MOOSE, zur Wichtigkeit der Arbeit sowie der Ergotherapie gegeben. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Es wird kurz erwähnt, weshalb ein Bedarf an Studien besteht, welche die Perspektive und Erfahrungen der Klientel untersuchen und einholen. Allerdings wird nicht aufgezeigt, was mit der Studie verbessert oder verändert werden soll.
	Ansatz/ Design	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Die Studie soll eine ausführliche Beschreibung und Analyse der Erfahrung mehrerer Menschen erarbeiten, bei denen das MOOSE angewendet wurde. Sie soll ein vertieftes Verständnis dieser Erfahrungen bieten, weshalb die Wahl des «Case Study Approach» nachvollziehbar ist. Als weiterer positiver Punkt kann angesehen werden, dass die Forschenden das verwendete Studiendesign mit Autorenangabe nennen. Allerdings muss kritisiert werden, dass sie die 2. Buchauflage von Yin aus dem Jahre 1994 verwenden. Die aktuelle Version wäre die 5. Auflage aus dem Jahre 2014.
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Im Allgemeinen werden Zufallsstichproben in der Forschung bevorzugt. In der Studie wurde jedoch eine gezielte Auswahl getroffen. Da es sich aber um eine Reproduktion der Teilnehmenden einer älteren Studie (2017) handelt, bei der eine Zufallsstichprobe angewandt wurde, ist es als nicht allzu schlecht zu betrachten. Allerdings wurde die Studie aus dem 2017 vom selben Forschenden durchgeführt. Dies könnte die Entscheidung bezüglich derselben Teilnehmenden beeinflusst haben. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Es mangelt an Ausgeglichenheit zwischen Frauen und Männer sowie Personen zwischen 36-60 Jahren. Bezüglich höchster Schulausbildung, Beruf und schwere der Kopfverletzung wäre etwas mehr Diversität sicherlich besser, ist jedoch akzeptabel. Die Ergebnisse können eher auf jüngere Männer zwischen 21-36 Jahre angewandt werden, die in Südafrika leben und eine milde Kopfverletzung erlitten haben. Auf die Population im Schweizer Kontext können die Ergebnisse kaum übertragen werden.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wir wird sie begründet? 10 Teilnehmende ist eher wenig, was bei qualitativen Studien nicht auffallend ist, jedoch wird nichts über die Begründung der Stichprobengrösse genannt. • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Die Teilnehmenden werden angemessen beschrieben. Bezüglich Setting wären etwas mehr Informationen zur Anwendung des MOOSE erforderlich gewesen. Beispielsweise detailliertere Informationen, wer welche Therapieinhalte in den Stufen 1 – 4 durchgeführt hat und wo dies jeweils stattfanden. • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Als grösste Einschränkung ist zu nennen, dass nur Teilnehmende mit Wohnsitz in Südafrika eingeschlossen wurden. Infolge der wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen sowie dem Versorgungssystem können die Daten nicht vorbehaltlos auf Menschen andere Länder übertragen werden. Zudem stellt das tiefere Schulabschlussniveau einiger Teilnehmenden eine Einschränkung dar, da es so ohnehin bereits schwieriger ist, eine Stelle zu finden. • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja, bei jedem Teilnehmenden wurde das MOOSE angewendet.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht um das menschliche Erleben des MOOSE sowie um das Verhalten der Klientel. • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Die Vorgehensweise wurde klar beschrieben und es wurde benannt, welche Datenanalysestrategie zur Erklärungsfindung benutzt wurde. Zudem wird beschrieben, wie sie die Vertrauenswürdigkeit der Daten (nach Krefting, 1991) und die Validität gewährleisteten. • Wird die Datensättigung diskutiert? Nein, auf die Datensättigung wird nicht näher eingegangen. • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? In der Studie wird erwähnt, dass die in der Deklaration von Helsinki beschriebenen ethischen Grundsätze beachtet wurden. Der Forschenden holten die ethische Genehmigung des Forschungsethikkomitees der University of the Western Cape ein, gefolgt von der Erlaubnis des Medical Superintendent am Tygerberg Hospital, um die Studie in der Abteilung für Ergotherapie durchführen zu können. Bei den Teilnehmenden wurde eine schriftliche Einwilligung eingeholt, und sie wurden darüber informiert, dass die Vertraulichkeit sowie Anonymität gewährleistet sind. Die Teilnehmenden hatten das Recht, jederzeit aus der Studie auszusteigen, und sie waren nicht verpflichtet, weiter an der Studie teilzunehmen.
Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Der Standpunkt der Forschenden wird nicht explizit dargelegt. Beim Beschrieb des Modells zeigt sich, dass einer der Forschenden (Soeker) der Ersteller des Modells war. Sein Standpunkt wird an keiner Stelle genauer erläutert. Jedoch wird die Voreingenommenheit sowie Annahmen des Forschenden durch ein reflexives Tagebuch sichtbar gemacht. • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Die gezielte Auswahl ist eher unkonventionell, jedoch wie bereits erwähnt nicht ganz so stark zu kritisieren, da es sich um eine Reproduktion handelt, bei der die Zufallsstichprobe verwendet wurde. Ansonsten ist das methodische Vorgehen angemessen angesichts des gewählten Forschungsansatzes. • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? Da es um die Erforschung von Erfahrungen geht, ist der gewählte Fallstudienansatz angemessen und logisch.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Die Datenanalyse ist etwas kurz beschrieben. Es wird klar, welche Schritte unternommen wurden, aber es wird nicht detailliert benannt, was in den Schritten getan wurde. • Analysemethoden nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Ja, es wurde die Datenanalysestrategie nach Yin (1994) verwendet.

		<ul style="list-style-type: none"> • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Die analytischen Schritte werden nicht genau beschrieben, sondern erfolgen nur kurz und oberflächlich. Es wäre wünschenswert, mehr über die einzelnen Analyseschritte erfahren zu können. • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Die Datenanalyse scheint präzise stattgefunden zu haben. • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Die Glaubwürdigkeit der Daten wurde sichergestellt durch Member-Checking und Triangulation (Krefting, 1991). Es wird beschrieben, dass der Forschende bei der Analyse Beobachtungs- sowie Feldnotizen benützte, was einer Form der Triangulation entspricht. • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar? Eigene Voreingenommenheit oder Annahmen der Forschenden wurden durch ein reflexives Tagebuch sichtbar gemacht.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Kritisiert werden kann, dass keine relevante, ethische Fragen oder Fragen zur Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden diskutiert werden
Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Da die analytischen Schritte nur kurz und oberflächlich beschrieben werden, ist es schwierig dies zu beurteilen. Allgemein sind die Ergebnisse nicht sehr vielfältig, da sie pro Kategorie sehr kurzgehalten sind. • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Es werden einige Limitationen, Förderfaktoren sowie Verbesserungspunkte bezüglich des Modells genannt. Jedoch muss kritisiert werden, dass die gefundenen Themen und Kategorien eher spärlich ausgeführt und nur mit wenigen, passenden Zitaten unterlegt wurden. Mehr aussagekräftige Zitate wären wünschenswert, besonders beim 2. Thema Förderfaktor. Dennoch kann die Studie für die Bachelorarbeit verwendet werden, da sie Aufgaben und Fertigkeiten der Ergotherapie in der beruflichen Integration sowie ein ergotherapeutisches Modell darlegt. • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die Hauptthemen sind klar definiert. Die Bedeutung des Inhalts der Kategorien (Unterthemen) ist jedoch nur teilweise präzise, da er zu knapp zusammengefasst wird und Zitatinhalt nicht immer vollständig mit den beschriebenen Kategorien übereinstimmen. • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Zitatinhalt stimmen nicht immer vollständig mit den genannten Konzeptualisierungen überein. Beispielsweise wird in Kategorie 2.1 «Wichtigkeit die Phase 1 zu erreichen» anhand eines Zitats aufgezeigt, wie schwierig es für eine Klientin ist, mit der veränderten Situation zurecht zu kommen. Die Konzeptualisierung der Kategorie 2.1 wird dann mit einer einfachen Beobachtung eines Forschenden begründet, welche gemäss Anmerkung in der Studie aus dem Jahre 2013 stammt. Weiter wird bei der Kategorie 2.3 «Bedeutung von Occupational Engagement und die Verbesserung der Fertigkeiten in Phase 3» die Verbesserung der Fertigkeiten mit keinem Zitat unterlegt. Auch bei der Kategorie 2.4 «eine ganzheitliche Erfahrung» wird von ganzheitlichen Erfahrungen aufgrund der positiven Feedbacks gesprochen. Das verwendete Zitat beschreibt jedoch nicht direkt eine ganzheitliche Erfahrung. • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Die gefundenen Themen und Kategorien werden mit Zitaten und einfachen Beobachtungen unterlegt. Kritisiert werden kann allerdings, dass die Zitate nicht immer vollständig die genannten Kategorien bestätigen. • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Das zu untersuchende Phänomen waren die gemachten Erfahrungen von Personen mit SHT, bei denen das MOOSE für den RTW angewendet wurde.

		<p>Grundsätzlich geht es in den gefundenen Themen und Kategorien, um die Erfahrung der Teilnehmenden. Es werden Hinderungs- sowie Förderungsfaktoren genannt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Die Themen und Kategorien können inhaltlich voneinander unterschieden werden. • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Es wurden keine Modelle dazu entwickelt.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Es werden einige Punkte aus dem Ergebnisteil aufgenommen. Die Interpretation hilft zu verstehen, warum es bei einigen Teilnehmenden zu gewissen Erfahrungen kam, beispielsweise dass sie hungernd zur Therapie kamen. Allerdings werden auch einige Interpretationen dazu verwendet, gewisse negative Erfahrungen der Teilnehmenden zu entschuldigen. Weiter werden Punkte in der Diskussion aufgenommen resp. erwähnt, die vorher in den Resultaten nicht erwähnt wurden. Beispielsweise, dass bereits genannt worden sei, dass viele der Teilnehmenden arbeitslos waren. Ebenfalls wurde nie erwähnt, dass zur Reflexion der Teilnehmenden der Gibbs reflective cycle verwendet wurde. • Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Ergebnisse geben dem Leser eine Übersicht über erlebte Barrieren, Förderfaktoren sowie Veränderungswünsche. Daher kann die Forschungsfrage so weit beantwortet werden. Allerdings wären etwas mehr Zitate der Teilnehmenden und eine vertiefere Zusammenfassung der Ergebnisse wünschenswert, um die Erfahrungen deutlicher zu machen. • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Es wird empirische Literatur hinzugezogen, jedoch ist teilweise der Bezug zu den Ergebnissen zu wenig bedeutend. Die Literatur gibt mehr zusätzliche Informationen zu einem Aspekt der Studie aber unterstreicht oder widerlegt nicht direkt die Ergebnisse. • Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar? Da es sich um ein ergotherapeutisches Modell handelt, sind die Ergebnisse auf jeden Fall relevant für die Praxis. Einige der aufgezeigten Grenzen des Modells können jedoch nicht direkt auf die Praxis in der Schweiz übertragen werden, da bei uns die Arbeitslosigkeit und Armut deutlich niedriger ist, wodurch in der Schweiz wahrscheinlich andere Barrieren herauskommen würden. Das Modell bietet mit der Selbstwirksamkeit als Schlüsselfaktor einen spannenden Ansatz für die Ergotherapie zur Förderung des RTW sowie der Arbeitsfertigkeiten der Klientel nach erlittenem SHT. Die Ergebnisse zeigen trotz allem wichtige Punkte auf, in welchen sich das Programm noch verbessern könnte. Und es zeigt auch auf, welche Elemente des Programms als sehr wertvoll empfunden wurden. Dies sind relevante Ergebnisse für die Ergotherapie, denn so kann dieses Modell weiterentwickelt werden.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Es werden keine Empfehlungen ausgesprochen. Die Befunde lassen sich insofern benutzen, dass Grenzen und Förderfaktoren aufgezeigt werden und ersichtlich ist, wo das Modell noch Verbesserungspotential aufweist. Die Forschenden heben die Wichtigkeit der Selbstwirksamkeitsüberzeugung im Kontext des Wiedereingliederungsprozesses hervor, was ein wichtiger und spannender Ansatz für die Ergotherapie darstellt. • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Einige Schlussfolgerungen spiegeln klar die Erkenntnisse aus den Ergebnissen. Es werden jedoch Hindernisse (Fehlkommunikation sowie -wahrnehmung) genannt, die vorher nicht als Hindernisse genannt wurden und Förderfaktoren (Förderung der Fertigkeiten in Phase 3) die im Ergebnisteil nicht so hervorgekommen sind. Es wird zudem davon gesprochen, dass die Teilnehmenden an dieser Studie ihre Beschäftigung auf dem offenen Arbeitsmarkt über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten aufrechterhalten konnten, und es ihre Fähigkeit, ihre Hirnverletzung zu akzeptieren und sich an ihre Arbeitsrolle anzupassen, verbesserte. Diese Punkte kommen im Ergebnisteil nicht hervor. Auch die Implikation, dass die Verbesserung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen ein Schlüsselfaktor für die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit einer Person ist, kann mit den vorliegenden Ergebnissen allein so nicht begründet werden.

Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Positives wird mit + und Negatives wurde mit - gekennzeichnet

Confirmability (Bestätigbarkeit)

- + Die Studie wurde durch Forschungsethikkomitees der University of the Western Cape (UWC) bewilligt.
- + Die Wahl des Designs ist nachvollziehbar.
- + Die Beschreibung der Teilnehmenden ist angemessen.
- + Die Stichprobengröße ist für qualitative Studien angemessen.
- + Die Voreingenommenheit sowie Annahmen des Forschenden wurden durch ein reflexives Tagebuch sichtbar gemacht.
- +/- An der Studie sind zwei Forschende beteiligt, von denen beides Ergotherapeuten sind. Allerdings wird im Text jeweils nur von einem Forschenden gesprochen. M. Soeker ist PhD Occupational Therapy (UWC).
- +/- Reproduktion der Teilnehmenden aus einer früheren Studie aus dem Jahr 2017 vom selben Autor. Die entsprechende Studie wird angegeben.
- +/- Die Teilnehmenden wurden reproduziert aus einer früheren Studie aus dem Jahr 2017 vom selben Autor. In der entsprechenden Studie aus dem Jahr 2017 wurde eine Zufallsstichprobe angewandt.
- Die Studie wird nicht explizit durch eine externe Person begleitet.

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Das Studiendesign sowie die Datenerhebungsmethode und Datenanalysestrategie wurden nach R.K. Yin (1994) verwendet.
- + Während dem Kodierungsprozess wurde vom Forschenden Beobachtungsnotizen sowie Feldnotizen hinzugezogen.
- + Die Teilnehmenden erleben das zu untersuchende Phänomen.
- + In der Studie wird klar aufgezeigt, welche Aussage, von welchem Teilnehmenden gemacht wurde.
- +/- Vorgehen bei der Datenerhebung wurde beschrieben, jedoch nicht wer sie durchgeführt hat und welche Interviewfragen gestellt wurden.
- Datenanalyse wurde nur von einer Person durchgeführt.
- Zwar wurde angegeben, nach welcher Datenanalysestrategie vorgegangen wurde, jedoch nicht wie die Forschenden die einzelnen Schritte genau umgesetzt haben.
- Es wird nicht beschrieben, ob die Datenanalyse und -ergebnisse durch ein Gremium überprüft wurden.

Credibility (Glaubwürdigkeit)

- + Validation der Ergebnisse wurde mit den Interviewten durchgeführt (Member-Checking).
- + Der Forschende hat langjähriges und vertieftes Wissen im Thema.
- + Relevanz sowie Phänomen selbst sind beschrieben und mit passender Literatur untermauert.
- + In der Studie wird klar aufgezeigt, welche Aussage, von welchem Teilnehmenden gemacht wurde. Der Datenschutz ist trotzdem gegeben, indem die Namen geändert wurden.
- + Während des Kodierungsprozesses nutzte der Forschende Beobachtungen und Feldnotizen, um die Validität der Studie zu gewährleisten (Triangulation).
- Einer der Forschenden hat zu untersuchendes Model (MOOSE) erstellt.
- Ergebnisse sind eher knapp beschrieben.
- Die Datensättigung wird nicht diskutiert.

Transferability (Übertragbarkeit)

- + Implikationen werden genannt.
- + Forschungsmethode wird beschrieben.
- + Schlussfolgerungen werden genannt.
- + Aufgrund der Ergebnisse kann das Forschungsziel als erreicht betrachtet werden.
- +/- Ergebnisse werden mit Zitaten und einfachen Beobachtungen untermauert, teilweise wurden etwas unpassende Zitate gewählt.
- Wann und über welchen Zeitraum die Datenerhebung stattgefunden hat, ist in der Studie nicht ersichtlich.
- Demografischer Hintergrund der Studienteilnehmenden lässt nur eine bedingte Übertragung auf andere Kontexte zu. Die Stichprobe besteht mehrheitlich aus Männern, von denen viele im Baugewerbe tätig sind.
- Limitationen werden genannt, allerdings nicht sehr ausführlich beschrieben.
- Weiterer Forschungsbedarf sowie Empfehlungen werden nicht aufgezeigt.

Evidenzlevel

Die Studie wurde im Journal Occupational Therapy International veröffentlicht und befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Güte

Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine **mittlere Güte**.

Zusammenfassung der Studie: Stergiou-Kita et al. (2016). Do current vocational evaluation practices in traumatic brain injury align with best practices? Strengths, challenges and recommendations.

Forschungsschritt		Leitfragen zur inhaltlichen Zusammenfassung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Forschungs- frage	<p>Die berufliche Evaluation (vocational evaluation) ist ein umfassender Prozess zur Bewertung der aktuellen Arbeitsfähigkeiten und -einschränkungen einer Person, um Empfehlungen für Unterstützungsmassnahmen zu geben, die zur Erreichung bestimmter beruflicher Ziele erforderlich sind. Die Evaluation der Arbeitsfähigkeit der Klientel ist ein wesentlicher erster Schritt zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt.</p> <p>2011 wurde eine Leitlinie «Inter-professional Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury» (IGVE-TBI) entwickelt, um dem Gesundheitspersonal Empfehlungen für die Evaluation der Arbeitsfähigkeit der Klientel an die Hand zu geben, um eine einheitliche Praxis zu erreichen. Die Leitlinie enthält 17 Empfehlungen, die in sieben Stufen des Evaluationsprozesses eingebettet sind.</p> <p>Die IGVE-TBI wurde noch nicht formell in einem klinischen Umfeld umgesetzt. Um die Durchführung dieses Schritts zu unterstützen, folgen die Forschenden dem Knowledge to Action (KTA) Framework. Dem zufolge sollte jede Wissensintervention vor ihrer Umsetzung an den lokalen Kontext angepasst werden und einige vorläufige Daten über ihre Durchführbarkeit und mögliche Hindernisse für die Umsetzung gesammelt werden. Die Forschenden begründen mit Literatur, welche Faktoren im Allgemeinen die Umsetzung einer Leitlinie begünstigen und welche hinderlich sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Um welches Phänomen handelt es sich? Es geht um die gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken von Fachpersonen bei Menschen mit SHT. • Wie lautet die Forschungsfrage? Darstellen der gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken von Fachpersonen aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen, welche Evaluationen und Behandlungen für Personen mit arbeitsbedingten SHT anbieten und deren Rehabilitation von einer bestimmten Versicherung übernommen werden. Diese Evaluationspraktiken werden verglichen mit den Empfehlungen der IGVE-TBI. Weiter sollen Förderfaktoren und Herausforderungen bei der Angleichung der beruflichen Evaluationspraktiken an die Empfehlungen der IGVE-TBI identifiziert werden. • Welches Ziel, welcher Zweck des Forschungsvorhabens wird benannt? Zweck der Studie ist, die Umsetzung der IGVE-TBI zu erleichtern und ein umfassendes Verständnis der Hindernisse zu erlangen, die bei der Umsetzung auftreten können. Diese Studie soll ein grundlegendes Verständnis der gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken liefern. Auf dieser Ausgangslage können in zukünftigen Studien die Veränderungen in der Praxis gemessen werden, nachdem die Empfehlungen der IGVE-TBI umgesetzt wurden.
	Methode	Ansatz/Design
Stichprobe		<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Population handelt es sich? Alle Fachleute, welche berufliche Evaluationen vornehmen und mit der Leitlinie arbeiten könnten. • Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen? 13 Teilnehmende, darunter 12 Frauen und ein Mann, aus den Bereichen Ergotherapie, Physiotherapie, Medizin, Neuropsychologie und Rehabilitationsupport aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen, welche Evaluationen und Behandlungen für Personen mit arbeitsbedingten Schädelhirntrauma anbieten und deren Rehabilitation von der Versicherung «Workplace Safety and Insurance Board» (WSIB) übernommen werden. Die Erfahrung der Teilnehmenden mit der Arbeit in Rehabilitationseinrichtungen für Menschen mit TBI und der Unterstützung bei der beruflichen Integration reichte von eins bis 14 Jahren. Es gibt jedoch keine Tabelle, welche die einzelnen Teilnehmenden näher beschreibt.

		<ul style="list-style-type: none"> • Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Wie wurde die Stichprobe gezogen? Non-probability sampling: 33 Fachleute aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen erhielten eine Einladung zur Teilnahme. Die Fachleute, wurden aufgrund ihrer Kenntnisse und ihres Fachwissens auf dem Gebiet der beruflichen Evaluation gezielt ausgewählt. Personen, die noch keine Erfahrung mit der Bewertung der Arbeitsfähigkeit haben und/oder derzeit nicht mit Überlebenden eines Schädelhirntraumas arbeiten, wurden ausgeschlossen. Es wurde mit Literatur begründet, dass eine Stichprobengröße von 10-15 Personen angestrebt wurde, da dies ideal für eine explorative qualitative Studie sei. Die beiden ambulanten Rehabilitationsprogramme werden nicht näher beschrieben und es wird nicht begründet, warum genau diese und/oder dieser Versicherungskontext ausgesucht wurde. • Gibt es verschiedene Studiengruppen? Nein, es gibt nur eine.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenerhebung verwendet? <ul style="list-style-type: none"> - Persönliche halbstrukturierte qualitative Interviews wurden zwischen August und November 2013 durch die zweite Forscherin durchgeführt. Das Interview umfasste sechs Teile, beinhaltete offene Fragen und dauerte eine Stunde. - Drei Arten von Dokumenten von der WSIB wurden vom Forschungsteam geprüft und im Methodenteil beschrieben (WSIB Richtlinie zur Meldung von Verletzungen, WSIB Versorgungsprogramm für leichte Hirnverletzungen, programmspezifische WSIB Meldeformulare). • Wie häufig wurden Daten erhoben? Die Daten wurden einmalig erhoben. • Wie wurden die Daten verarbeitet ? Die Interviews wurden digital aufgezeichnet und professionell wortwörtlich transkribiert.
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Wie wird der gewählte qualitative Ansatz mit der entsprechenden methodischen Vorgehensweise durch die Forschenden selber diskutiert? Die Methodologie wird von den Forschenden nicht abschliessend diskutiert. Sie beschreiben ihre Studie zwei Mal als explorative qualitative Studie. Bezüglich der Vorgehensweise wird dargelegt warum sie nicht Diagramm-Audits und Feedback-Techniken anwendeten, welche am häufigsten eingesetzt werden für die Bewertung von Praktiken in der Gesundheitsversorgung. Jedoch wird nicht begründet, warum sie sich anschliessend für die halbstrukturierten Interviews entschieden haben.
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Strategien / Vorgehensweisen wurden bei der Datenanalyse verwendet? Es wurde eine deduktive qualitative Methode unter Verwendung einer gezielten Inhaltsanalyse angewandt. Der Analyseprozess umfasste vier Schritte. Zwei Mitglieder des Forschungsteams lasen jedes Interview mehrmals, um sich mit den Daten vertraut zu machen (Schritt 1). Beide erstellten dann unabhängig voneinander erste Codes, wobei sie die line-by-line Methode verwendeten. Ein drittes Mitglied des Forschungsteams, das mit den Praktiken der Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen und der Erbringung von Dienstleistungen im Rahmen der Entschädigung vertraut ist, überprüfte ebenfalls eine Stichprobe der Interviews und die entstehenden Codes, um die Vollständigkeit und Vertrauenswürdigkeit sicherzustellen. Diese drei Forschenden trafen sich, um die Codes zu besprechen und einen Konsens über ein Kodierungsbuch zu erzielen, um den Rigor zu erhöhen und die Ergebnisse zu validieren (Schritt 2). Die Interviews wurden dann im Atlas (Muhr, 2010), ein Programm zur Verwaltung qualitativer Daten, eingegeben, um sie zu kodieren und Codezusammenfassungen zu erstellen (Schritt 3). Die Code-Zusammenfassungen wurden anschliessend analysiert und die Codes in Schlüsselkategorien kategorisiert, die sich auf die Praktiken der beruflichen Evaluation sowie auf die Förderfaktoren und Herausforderungen bei der Durchführung beruflicher Evaluation beziehen (Schritt 4). Die Dokumente wurden analysiert und mit den Interviewgesprächen trianguliert, um Fälle zu identifizieren, in denen sich die berichteten Evaluationsprozesse mit den Berichterstattungspraktiken überschneiden, um festzustellen, wie die Arbeit innerhalb des WSIB-Kontextes die beruflichen Bewertungspraktiken und die Leistungserbringung beeinflussen kann (Schritt 4). Die negative Fallanalyse wurde verwendet, um sicherzustellen, dass eine Vielzahl von beruflichen Perspektiven während der Analyse berücksichtigt wurde.

		<p>Die Forschenden verwendeten die IGVE-TBI und ihre Evaluationsempfehlungen als bereits bestehenden Rahmen, um die Analyse zu leiten. Jeder Text, der nicht auf der Grundlage dieser Klassifikation kategorisiert werden kann, erhielt einen neuen Code.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern nehmen die Forschenden Stellung zur Qualität der Datenanalyse? Es wird mit Literatur begründet, warum sie sich für die Inhaltsanalyse entschieden haben. Sie erklären, welche Strategien sie angewandt haben, um die Vertrauenswürdigkeit der Analyse zu gewährleisten.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Welche ethischen Fragen werden von den Forschenden diskutiert und werden entsprechende Massnahmen durchgeführt? Es wurden keine ethischen Fragen diskutiert. • Falls relevant ist eine Genehmigung einer Ethikkommission eingeholt worden? Ja, die Genehmigung wurde vom Research Ethics Board am Toronto Rehabilitation Institute, University Health Network Research Ethics Board in Ontario Canada erteilt.
Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Was sind die Ergebnisse? Themen, Kategorien, gemeinsamen Elemente, Konzepte, Modelle etc.? <u>Praktiken zur beruflichen Evaluation, die mit der IGVE-TBI übereinstimmen</u> (a) Ermittlung des Zwecks der Evaluation; (b) Einholung einer informierten Zustimmung; (c) Sammlung von Hintergrundinformationen über die medizinische, verletzungsbedingte, persönliche und berufliche Vorgeschichte; (d) Evaluieren der anhaltenden Symptome und der körperlichen, kognitiven und funktionellen Fähigkeiten; (e) Analyse und Zusammenfassung der Evaluationsergebnisse; und (f) Entwicklung von Empfehlungen für die Arbeitsrückkehr in Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern. Dabei wichtige Faktoren sind: festgelegte professionelle Rollen und Verantwortlichkeiten sowie ein integrierter Teamansatz und die Bestimmung eines Koordinators. <u>Praktiken, die teilweise mit den Empfehlungen der IGVE-TBI übereinstimmen und teilweise in der Praxis umgesetzt wurden</u> (a) Einbeziehung der Perspektive des Arbeitnehmenden im Evaluierungsprozess: Sichtweise wurde erfragt, aber die Aussagen mussten objektiv überprüft werden, da die Berichte manchmal nicht repräsentativ für ihre tatsächlichen Fähigkeiten waren. (b) Beobachtung arbeitsbezogener Fähigkeiten und Verhaltensweisen im natürlichen Setting und in der Arbeitsumgebungen sowie (d) Bewertung der beruflichen Anforderungen im Kontext: Teilnehmende sahen dies als wichtig an, hatten jedoch oft keinen Zugang zum Arbeitsplatz. Fähigkeiten konnten nur im klinischen Umfeld beobachtet werden. Arbeitsanforderungen wurden bei der Klientel erfragt. (c) Bewertung verfügbarer Hilfen: Sie erkundigten sich bei der Klientel über Unterstützung und Beziehungen zum Arbeitgebenden. Nur wenige sprachen über eine eingehende Untersuchung der Arbeitsplatzkultur, spezifische Unterstützungen und Anpassungen am Arbeitsplatz oder Veränderung der Arbeitstätigkeiten. <u>Praktiken, die besonders schwierig umzusetzen waren und/oder nicht mit den Empfehlungen der IGVE-TBI übereinstimmen</u> Grösste Einschränkungen wurde deutlich bei: der Bewertung der physische Arbeitsplatzumgebung und der Arbeitskultur wegen dem beschränkten Zugang zum Arbeitsplatz und Arbeitgebenden. Dies vermindert bei den Teilnehmenden die Möglichkeit Informationen zur Einstellung und Toleranz gegenüber Behinderten am Arbeitsplatz zu erfahren und über das Krankheitsbild aufzuklären. Zudem wird die Evaluation der Sicherheit am Arbeitsplatz erschwert. Die Teilnehmenden wiesen auch auf eine Reihe von Beschränkungen durch die WSIB hin. • Wie sind die Ergebnisse präsentiert? Zitate, Paradigmafälle, Teilnehmendengeschichten? Die Ergebnisse sind im Resultatteil zusammengefasst. Die Tabelle 2 zeigt die Leitlinienempfehlungen auf und vergleicht diese mit den Aussagen der Teilnehmenden. Diese Aussagen werden mit Zitaten der Teilnehmenden untermauert. Die Zitate sind visuell gut unterscheidbar zum restlichen Text.

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Wie beurteilen die Forschenden selbst die Ergebnisse? Sie stellen fest, dass viele der derzeitigen Praktiken (ganz oder teilweise) mit den IGVE-TBI-Empfehlungen übereinstimmen. Und die wenigen, die nicht mit den Empfehlungen übereinstimmen, aufgrund struktureller Zwänge nicht regelmässig befolgt werden. <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie beleuchten oder erklären die Ergebnisse das Phänomen? Die Ergebnisse zeigen die aktuellen Praktiken der beruflichen Evaluation sowie die Förderfaktoren und Herausforderungen auf und beleuchten somit das Phänomen. ○ Wie kann aufgrund der Daten die Forschungsfrage beantwortet werden? Aufgrund der Daten konnte eine Charakterisierung der gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken in zwei Teams erfolgen und mit den Empfehlungen der IGVE-TBI verglichen werden. Dabei konnten Förderfaktoren und Herausforderungen bei der Angleichung der beruflichen Evaluationspraktik an die Empfehlungen der IGVE-TBI identifiziert werden. • Wie stehen die Ergebnisse zur bereits existierenden Forschungsliteratur in Bezug? Die Ergebnisse werden in Bezug auf die konkreten Praktiken der beruflichen Evaluation zu Beginn des Diskussionskapitels kurz zusammengefasst, aber nicht weiter mit existierender Literatur diskutiert. Allerdings gehen die Forschenden in der weiteren Diskussion auf die Umsetzung von Leitlinien im klinischen Umfeld ein. Sie zeigen beispielsweise auf, dass in bereits existierender Literatur Zeit und Ressourcenzuweisung als die beiden häufigsten Hindernisse für die Umsetzung von Leitlinien und Praxisänderungen identifiziert worden sind. Weiter diskutieren sie mögliche Interventionsansätze, um die Umsetzung der Leitlinie in die Praxis zu fördern. • Gibt es Limitationen? Diese Studie umfasste eine kleine Stichprobe von Teilnehmenden, die in einem einzigen Versicherungskontext arbeiteten. Daher sind die Ergebnisse möglicherweise nicht auf die Erfahrungen und Praktiken von Fachpersonen, die in anderen Kontexten arbeiten, übertragbar. Um die Umsetzung der IGVE-TBI in anderen Kontexten zu unterstützen, sind zusätzliche Studien mit grösseren Stichproben aus verschiedenen Versicherungs- und Gesundheitskontexten erforderlich, um Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Praxis in verschiedenen Rechtssystemen zu untersuchen. Diese Studie stützte sich auch auf die Selbstauskunft der Teilnehmenden und die Erinnerung an Fallbeispiele, um ihre derzeitige Praxis zu bewerten und nicht auf konkrete Beobachtungen der Forschenden.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Implikationen für die Praxis und Theorien sind beschrieben? <u>Empfehlungen für die Praxis:</u> Die Forschenden beschreiben, dass die Fachpersonen stärker mit den Arbeitgebenden zusammenarbeiten und im Prozess früher erweiterten Zugang zu Daten über den Job, den Arbeitsplatz und das Arbeitsumfeld erhalten müssen. Zudem müssen stärker formalisierte Verfahren entwickelt werden, welche die physischen und psychischen Gefahren am Arbeitsplatz und potenzielle Risiken evaluieren. Zum Schluss empfehlen sie die Kommunikation zwischen der WSIB und den Fachpersonen zu verbessern. <u>Empfehlungen für zukünftige Forschung:</u> Die Forschenden empfehlen als nächsten Schritt eine Implementierungsstudie mit einer randomisierten Kontrollmethode, um die Auswirkungen der IGVE-TBI auf die klinische Praxis und die Arbeitsintegration-Ergebnisse zu messen. Sie empfehlen jedoch auch die Durchführung einer Forschungsstudie im Vorfeld der Implementierung. Diese könne eine grundlegende Messung der lokalen Praktiken der Fachpersonen liefern und biete die Möglichkeit, Hindernisse zu identifizieren, die vor oder parallel zur Implementierung angegangen werden könnten. Die formale Aufnahme dieser Forschungsphase als Schritt in den Knowledge to Action (KTA)-Zyklus könne auch nützlich sein, um die Durchführung dieses Schritts in der Praxis zu fördern, und könne zum Erfolg künftiger Interventionsimplementierungen beitragen.

Kritische Würdigung der Studie: Stergiou-Kita et al. (2016). Do current vocational evaluation practices in traumatic brain injury align with best practices? Strengths, challenges and recommendations.

Forschungsschritt		Leitfragen der Würdigung
Einleitung	Problem- beschreibung	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Ergotherapie? Die Evaluation der Arbeitsfähigkeit der Klientel ist ein wesentlicher erster Schritt zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt. Da die Ergotherapie oft in diesen Evaluationsprozess integriert ist, kann sie von der Diskussion über aktuelle Praktiken und Möglichkeiten der Umsetzung der IGVE-TBI profitieren. • Ist die Beschreibung des Phänomens klar und relevant für die Ergotherapie? Das Phänomen wird von den Forschenden nicht konkret beschrieben. Es ist anzunehmen, dass es sich um die gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken von Fachpersonen bei Menschen mit SHT handelt. • Ist das Ziel der Forschungsarbeit explizit dargestellt? Sind die Forschungsfragen klar formuliert? Teilweise. Die Ziele sind herauslesbar, jedoch nicht explizit als Ziele benannt. Es werden keine expliziten Forschungsfragen formuliert, jedoch wird in zwei aufgelisteten Sätzen erläutert, was sie in der Studie untersuchen wollen. • Wird das Thema mit vorhandener Literatur eingeführt? Ja. Das Thema wird mit reichlich vorhandener Literatur eingeführt. Hervorzuheben ist jedoch, dass für die Einführung viel Literatur von einer der Forschenden verwendet wurde. • Wird die Signifikanz der Arbeit stichhaltig diskutiert? Die Signifikanz der Studie wird nicht sehr ausführlich diskutiert. Sie legen dar, dass auf Grundlagen der Ergebnisse Veränderungen in der Praxis in zukünftigen Studien gemessen werden können, nachdem die Empfehlungen der IGVE-TBI umgesetzt wurden.
	Bezugsrahmen Forschungs- frage	
Methode	Ansatz/Design	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Ansatz/Design logisch und nachvollziehbar? Der ausgewählte Ansatz ist nachvollziehbar. Es wird eine explorative Studie durchgeführt, um ein besseres Verständnis für ein bestehendes Problem zu erlangen. Bei einer solchen Untersuchung gehen die Forschenden von einer allgemeinen Idee aus und nutzen diese Untersuchung als Mittel zur Ermittlung von Themen, die im Mittelpunkt künftiger Untersuchungen stehen können.
	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für den Ansatz / das Design angebracht? Ja, die gezielte, non-probability Stichprobenziehung ist bei qualitativer Forschung häufig anzutreffen. Durch die gezielte Auswahl der Stichprobe besteht jedoch ein Selektions-Bias, was bedeutet, dass die Studienergebnisse nur beschränkt auf die Population übertragen werden können. • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Population? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Nein, die Stichprobe ist nur auf Personen von einem einzigen Versicherungskontext aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen beschränkt. Die Ergebnisse können daher nur auf Personen aus dem gleichen Versicherungskontext übertragen werden. Sie sind nicht klar übertragbar auf andere Kontexte. Die Stichprobe repräsentiert eine sehr eingegrenzte Sichtweise des Phänomens. • Ist die Stichprobengröße angemessen? Wie wird sie begründet? Die Stichprobengröße von 13 Personen ist angemessen. Die Forschenden nennen eine Quelle, die eine Stichprobengröße von 10-15 Personen für eine qualitative Studie als ideal vorgab. Von qualitativen Studien ist bekannt, dass die Stichprobengröße immer eher klein ist. • Sind das Setting und die Teilnehmenden reichhaltig beschrieben? Das Setting, also wo die Interviews stattfanden, wurde nicht erwähnt. Es wird nur Geschlecht, Beruf und Arbeitserfahrung im entsprechenden Bereich beschrieben. Diese Charakterisierungsmerkmale werden jedoch nicht pro Teilnehmenden einzeln aufgeführt. Es wäre sehr interessant zu wissen, welche Disziplin am meisten vorkommt und wer wie viel Arbeitserfahrung hat.

		<ul style="list-style-type: none"> • Sind die ausgewählten Teilnehmenden als „Informanten“ geeignet, um Daten für die Forschung bereitzustellen? Die Teilnehmenden können aufgrund ihrer Kenntnisse und ihres Fachwissens aus ihrem Bereich und angeschlossenem Versicherungskontext wertvolle Daten bereitstellen. Der Range der Arbeitserfahrung in diesem Bereich ist jedoch mit 1 bis 14 Jahren sehr gross. Es ist unklar, wie viele der Teilnehmenden tatsächlich einige Jahre Erfahrung in diesem Gebiet haben. Es ist zu kritisieren, dass alle Teilnehmenden aus nur zwei verschiedenen Institutionen stammen und zum gleichen Versicherungskontext angehören. • Erleben die Teilnehmenden das zu beforschende Phänomen? Ja, da sie die berufliche Evaluation bei Personen mit Schädelhirntrauma in der Praxis durchführen. Sie beschreiben die gegenwärtig beruflichen Evaluationspraktiken.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Geht es bei der Datenerhebung um menschliches Erleben, Muster, Verhalten, soziale Prozesse, Kulturen? Es geht darum herauszufinden, wie der berufliche Evaluationsprozess der Teilnehmenden in der Praxis aussieht, welche möglichen Variationen in ihrem Prozess in Bezug auf verschiedene Klientenfälle auftreten und welche Förderfaktoren und Herausforderungen sie innerhalb ihrer beruflichen Evaluationspraktiken erleben. • Sind die Vorgehensweisen bei der Datenerhebung explizit dargestellt und klar beschrieben (Rigor in der Vorgehensweise)? Die Vorgehensweise für die Datenerhebung mit den Interviews wird genau beschrieben. In einer Tabelle werden mögliche Beispielfragen für das Interview aufgeführt. Es wird im Methodenteil zuerst nicht erläutert, wie und warum sie die Dokumente von der WSIB geprüft haben. Sie beschreiben jedoch anschliessend in der Datenanalyse, dass die Dokumente mit den Interviewgesprächen trianguliert wurden, um festzustellen, wie die Arbeit innerhalb des WSIB-Kontextes die beruflichen Evaluationspraktiken und die Leistungserbringung beeinflussen kann. Zwischen den Interviews und der Veröffentlichung der Studie liegen 3 Jahre. Die Aktualität der Daten könnte in Frage gestellt werden. • Wird die Datensättigung diskutiert? Die Datensättigung wurde nicht diskutiert. • Wird die Selbstbestimmung bei Teilnehmenden diskutiert (ethischer Rigor)? Die Teilnehmenden konnten alle freiwillig teilnehmen und gaben zuvor ihre schriftliche Einwilligung.
	Methodologische Reflexion	<ul style="list-style-type: none"> • Ist der philosophische Hintergrund der Forschungsarbeit und der Standpunkt der Forschenden dargestellt? Am Schluss stellen die Forschenden dar, dass kein Interessenkonflikt besteht. • Stimmt das methodische Vorgehen mit dem gewählten Forschungsansatz überein (z. B. Stichprobenziehung, Datenerhebung etc.)? Die gezielte Stichprobenziehung ist beim qualitativ-explorativen Ansatz passend, da die Forschenden Teilnehmende brauchten, die viel Erfahrung mit der beruflichen Evaluation, also dem zu untersuchenden Phänomen, haben. Das halbstrukturierte Interview ist eine geeignetes Datenerhebungsverfahren für die Inhaltsanalyse, da es nach der Transkription als schriftliches Protokoll dient. Das Interview beinhaltete offene Fragen, die es den Teilnehmenden ermöglichte, über die verschiedenen Elemente und mögliche Variationen des Evaluationsprozesses nachzudenken resp. zu sprechen. Die Inhaltsanalyse wurde in der Gesundheits- und Sozialforschung ausgiebig eingesetzt, um das Verständnis von Gesundheitsthemen, Praxisprozessen und kontextuellen Einflüssen auf Praxisprozesse zu entwickeln. • Folgt der gewählte methodologische Ansatz logisch aus der Fragestellung? z.B.: ist die Methode für das Phänomen geeignet? Ja, die explorative Methode hat zum Ziel, bisher unbekannte Strukturen und Zusammenhänge in den Daten zu finden und hierdurch neue Hypothesen zu generieren. Die Forscher wollen in dieser Studie die gegenwärtigen beruflichen Evaluationspraktiken in zwei Teams mit den Empfehlungen der IGVE-TBI vergleichen und Förderfaktoren und Herausforderungen bei der Angleichung der beruflichen Evaluationspraktik an die Empfehlungen der IGVE-TBI identifizieren. Kritisiert werden muss jedoch, dass am Ende dieser Studie keine neue Hypothese generiert wurde, welche sie mittels wahrscheinlichkeitstheoretischer Methoden auf ihre Allgemeingültigkeit untersuchen wollen.
	Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Ist das Vorgehen bei der Datenanalyse klar und nachvollziehbar beschrieben? Ja, die Datenanalyse mit den vier Schritten wurde ausführlich und nachvollziehbar beschrieben. Es wird beschrieben, welchen bestehenden Rahmen sie beim deduktiven Vorgehen verwenden.

		<ul style="list-style-type: none"> • Analysemethode nach „so und so“, werden entsprechende Referenzierungen gemacht? Sie beschreiben, dass sie eine gezielte Inhaltsanalyse durchführen und erwähnen eine Quelle, die drei Ansätze der qualitativen Inhaltsanalyse beschreibt (Hsieh HF & Shannon SE (2005). Three approaches to qualitative content analysis. <i>Qualitative Health Research</i> 15(9): 1277–1288.). • Werden die analytischen Schritte genau beschrieben? Ja, die Analyseschritte werden genau beschrieben. • Ist die Datenanalyse präzise und glaubwürdig? Ja, da alle Schritte der Datenanalyse mehrheitlich präzise dargestellt werden und die Glaubwürdigkeit thematisiert wurde. Zu kritisieren ist einzig, dass nicht genannt wurde, wie hoch die Interrater-Reliabilität war. • Wie wurde die Glaubwürdigkeit der Analyse sichergestellt (trustworthiness - being true to the data)? Sie nennen das mehrfache Lesen der Interviews, mehrere Codier-Personen, die Triangulation der Interviewdaten mit der Analyse der eingesammelten WSIB-Dokument und die negative Fallanalyse als Massnahmen zur Gewährleistung der Vertrauenswürdigkeit. • Sind analytische Entscheidungen dokumentiert und überprüfbar (z. B. reflexive journal, decision diary, memos, etc.)? Bezüglich der analytischen Entscheidungen ist nichts dokumentiert, weshalb diese nicht überprüfbar sind.
	Ethik	<ul style="list-style-type: none"> • Inwiefern sind alle relevanten ethischen Fragen diskutiert und entsprechende Massnahmen durchgeführt worden? Unter anderem zum Beispiel auch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden? Es werden weder ethische Fragen noch die Beziehung zwischen Forschenden und Teilnehmenden diskutiert. Die Genehmigung einer Ethikkommission wurde jedoch eingeholt.
Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Demonstrieren die Ergebnisse „artfulness“, „versatility“ und „sensitivity to meaning and context“, d.h. sind aufgrund einer präzisen und „kunstvollen“ Analyse entstanden? Die Ergebnisse sind aufgrund einer präzisen Analyse entstanden. Die Forschenden beschrieben, dass sich drei Forschende trafen, um die Codes zu besprechen und einen Konsens über ein Kodierungsbuch zu erzielen, um den Rigor zu erhöhen und die Ergebnisse zu validieren. • Reflektieren die Ergebnisse die Reichhaltigkeit der Daten? Ja, im Ergebnissteil werden die Praktiken der Teilnehmenden mit den Empfehlungen der Leitlinie verglichen. Es kann ein Bild davon gemacht werden, wie die Teilnehmenden in der Praxis arbeiten und es wurde herausgefunden, welche Empfehlungen der Leitlinie in der Praxis bereits umgesetzt werden und welche noch nicht. Es werden Förderfaktoren und Herausforderungen dargestellt. • Sind die Ergebnisse im Kontext verankert und präzise in ihrer Bedeutung? Die Ergebnisse sind mit passenden Zitaten gut im Kontext verankert. Die Ergebnisse sind präzise, da sie direkt aus den Gesprächen mit den Teilnehmenden hervorgehen. • Stimmen die Konzeptualisierungen der Forschenden mit den Daten überein? Die Zitate sind passend den jeweiligen Leitlinienempfehlungen zugeordnet und stimmen mit der Konzeptualisierung überein. Die Tabelle mit allen Empfehlungen der Leitlinie inkl. des Alignment mit der aktuellen Praxis sowie die Verweise im Text auf die in der Tabelle enthaltenen Zitate und Nummern der einzelnen Empfehlungen der Leitlinien tragen zum erweiterten Verständnis der Ergebnisse bei. • Sind die Kategorien, Konzepte etc. mit Zitaten und Geschichten (d.h. Daten) illustriert und bestätigt? Ja, Zitate werden für die Nachvollziehbarkeit hinzugezogen und sind passend zur Leitlinienempfehlung gewählt. • Beleuchten und erklären die Kategorien, Konzepte etc. das Phänomen als Ganzes? Ja, da die aktuelle Praxis inkl. der Förderfaktoren und Herausforderungen ersichtlich ist. Es ist ebenfalls zu erkennen, wie sie mit der Leitlinie übereinstimmen. • Sind die Kategorien, Konzepte etc. logisch konsistent & inhaltlich unterscheidbar? Die Kategorien/Titel sind grundsätzlich klar und unterscheidbar. Inhaltlich sind bei der «teilweise übereinstimmenden Praktiken» und der «nicht

		<p>übereinstimmenden Praktiken» Überschneidungen ersichtlich. Die Evaluation der Arbeitsplatzkultur wird fälschlicherweise bei «teilweise» diskutiert, obwohl diese Empfehlung als «nicht übereinstimmend» abgebildet werden. Empfehlungen 10, 16,17 aus der Leitlinie werden zwar inhaltlich diskutiert, jedoch werden die Nummern nicht explizit erwähnt. Bei der «teilweise übereinstimmenden Praktiken» werden vier Punkte aufgelistet, die danach nicht der Reihe nach logisch ausgeführt wurden. Inhaltlich wird jedoch auf alle Punkte eingegangen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sind Beziehungen zwischen den Kategorien fundiert und leisten die gegebenenfalls entwickelten Modelle eine plausible Interpretation der Daten? Ja, die Beziehung zwischen den Kategorien ist fundiert und logisch. Die Daten aus den Interviews wurden logisch unter den einzelnen Empfehlungen der Leitlinie eingeteilt und auf deren Übereinstimmung geprüft.
Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Leistet die Interpretation einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens und dessen Eigenschaften? Die Ergebnisse werden nur spärlich interpretiert. Die Forschenden legen den Fokus vermehrt auf die Interpretation sowie Diskussion von Möglichkeiten für die Förderung der Leitlinienumsetzung. Sie interpretieren, dass kontextbezogene Elemente das Angleichen der aktuellen Praxis an die Empfehlungen der Leitlinie beeinflussen. Sie beschreiben, dass die Identifizierung kontextspezifischer Hindernisse die Entwicklung gezielter Umsetzungsstrategien fördern könnte. • Inwiefern kann die Forschungsfrage mit den Ergebnissen beantwortet werden? Die Forschungsfrage kann mit den Ergebnissen beantwortet werden. Die Forschenden fassen die Ergebnisse nochmals zusammen und erörtern, dass sie durch diese Vorstudie ein klareres Verständnis der Praxisbereiche gewinnen konnten, die für eine Änderung der Praxis anvisiert werden sollten. • Werden die Ergebnisse in Bezug auf konzeptionelle und empirische Literatur zum Phänomen gesetzt und diskutiert? Es wird von den Forschenden nur wenig Bezug auf existierenden Forschungsliteratur genommen, welche direkt mit den Ergebnissen zu tun haben und diese diskutieren. Dies ist zu kritisieren. Empirische Literatur wird vermehrt genutzt, um sinnvolle Faktoren und Strategien zur Umsetzung einer Leitlinie zu diskutieren. • Sind die Ergebnisse für die Ergotherapie relevant und brauchbar (i.e. ist Bedeutung für die Ergotherapie diskutiert)? Die Bedeutung der Ergebnisse für die Ergotherapie wird nicht explizit diskutiert. Dennoch sind sie für die Ergotherapie relevant. Sie zeigen auf, dass die Empfehlungen der Leitlinie in diesem Kontext mehrheitlich in der Praxis umgesetzt werden. Aus der Leitlinie können wichtige Schritte abgeleitet werden, die von Ergotherapeuten gut durchgeführt werden können. Weiter können die Ergebnisse von Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten zum Reflektieren benutzt werden, welche Empfehlungen der Leitlinien in der Praxis bereits umgesetzt werden und wo noch Veränderungsbedarf besteht.
	Schlussfolgerung, Anwendung und Verwertung in der Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Bieten die Schlussfolgerungen, Implikationen und Empfehlungen einen Kontext, in dem sich die Befunde benutzen lassen? Die Empfehlungen für die Praxis unterstreichen die Wichtigkeit gewisser Themen, deren Verbesserung und Umsetzung in Zukunft für ein besseres Outcome berücksichtigt und gefördert werden soll. • Spiegeln die Schlussfolgerungen die Ergebnisse der Studie? Sie fasst kurz zusammen was in der Studie untersucht wurde und erläutert, die Kategorien/Titel, welche sie identifiziert haben. Es fehlt eine Aussage, dass bereits viele der derzeitigen Praktiken (ganz oder teilweise) mit den IGVE-TBI-Empfehlungen übereinstimmen. Sie heben jedoch hervor, welchen Faktoren zusätzliche Aufmerksamkeit und Ressourcen gewidmet werden sollten.

Güte nach Lincoln und Guba (1985)

Positives wird mit + und Negatives wurde mit - gekennzeichnet

Confirmability (Bestätigbarkeit)

- + Es waren fünf Forschende beteiligt.
- + Die Studie wurde von einer Ethikkommission genehmigt.
- + Die Stichprobengröße ist für qualitative Studien angemessen.
- + Die Vorgehensweise der Datenerhebung und -analyse wird klar und ausführlich beschrieben.
- +/- Die Wahl des Designs wird nicht speziell begründet, die Wahl ist jedoch nachvollziehbar.
- Die Studie wird nicht explizit durch externe Person begleitet.
- Die Selbstreflexion der Forschenden wird nicht dargelegt.

Dependability (Zuverlässigkeit)

- + Die Teilnehmenden erleben das zu untersuchende Phänomen.
- + Die Datenerhebung wurde von zwei Forschenden durchgeführt.
- + Die Interviews wurden von einem professionellen Transkriptionisten wortwörtlich transkribiert.
- + Die Datenanalyse wurde von drei Forschenden unabhängig voneinander durchgeführt.
- + Gemeinsamkeiten und Unterschiede wurden von drei Forschenden reflektiert und diskutiert.
- Es ist unbekannt, inwiefern die analytischen Entscheidungen dokumentiert wurden.
- Es wird nicht genannt, wie hoch die Interrater-Reliabilität war.
- Es besteht ein Selektions-Bias durch die gezielte Auswahl der Stichprobe (non-probability Sample).
- Es ist unbekannt, ob die Datenanalyse und Ergebnisse durch ein Gremium überprüft wurde.

Credibility (Glaubwürdigkeit)

- + Die Hauptforschende hat langjähriges und vertieftes Wissen zum Thema.
- + Relevanz sowie Phänomen selbst sind beschrieben und mit passender Literatur untermauert.
- + Triangulation der Interviewdaten mit der Analyse der WSIB-Dokumenten.
- + Die kodierten Daten wurden innerhalb des Forschungsteams besprochen.
- + Die negative Fallanalyse wurde angewendet.
- Es wird nicht klar benannt, welche Aussagen von wie vielen Teilnehmenden gemacht wurden.
- Es wurde kein Member-Checking und Peer-Debriefing angewandt.
- Die Datensättigung wird nicht diskutiert.

Transferability (Übertragbarkeit)

- + Die Ergebnisse sind nachvollziehbar präsentiert, woraus Sachverhalte für die eigene Praxis reflektiert oder für die weitere Erforschung des Themas genutzt werden können.
- + Die Ergebnisse sind mit passenden Zitaten untermauert.
- + Aufgrund der Ergebnisse kann das Forschungsziel als erreicht betrachtet werden.
- + Limitationen werden aufgezeigt.
- + Die Empfehlungen für die Praxis und zukünftige Forschung sind nachvollziehbar.
- + Die Methodik ist ausreichend beschrieben, dass eine Wiederholung der Studie in anderen Kontexten möglich ist.
- Es wird nicht beschrieben, wo die Interviews durchgeführt wurden und die zwei Rehabilitationsprogramme, welche den Kontext repräsentieren, wurden auch nicht ausführlich beschrieben.
- Die Informationen zu den Studienteilnehmenden sind sehr spärlich beschrieben.
- Die Ergebnisse sind nicht klar übertragbar auf andere Kontexte, da die Stichprobe nur auf Personen von einem einzigen Versicherungskontext aus zwei ambulanten Rehabilitationsprogrammen beschränkt ist.
- Die Ergebnisse in Bezug auf die konkreten Praktiken der beruflichen Evaluation werden nur sehr beschränkt diskutiert. Die Forschenden legen den Fokus vermehrt auf die Interpretation sowie Diskussion von Möglichkeiten für die Förderung der Leitlinienumsetzung.

Evidenzlevel

Die Studie wurde im British Journal of Occupational Therapy veröffentlicht und befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Güte

Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine **hohe Güte**.

Zusammenfassung der Studie: Van Dongen et al (2018). Short-term and long-term outcomes of a vocational rehabilitation program for patients with acquired brain injury in the netherlands.

Forschungsschritt		Leitfragen Zusammenfassung
Einleitung	<p>Problem- beschreibung</p> <p>Bezugsrahmen</p> <p>Verortung des Themas</p> <p>Forschungs- frage/-ziel (Hypothese)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Um welche Konzepte / Problem handelt es sich? In einem niederländischen Rehabilitationszentrum wird seit mehreren Jahren ein vier-monatiges, ambulantes Programm mit arbeitsorientierten Interventionen, Ausbildung und Coaching am Arbeitsplatz zur Arbeitsrehabilitation von Menschen mit einer erworbenen Hirnverletzung durchgeführt. Bislang sind die Ergebnisse dieses Programms unbekannt. Zudem erläutern die Forschenden, dass bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen nach einer erworbenen Hirnverletzung (ABI) bezüglich der langfristigen Stabilität der Beschäftigung Bedenken bestehen. • Was ist die Forschungsfrage, -zweck bzw. das Ziel der Studie?? Die Forschungsfragen der Studie lauten wie folgt: <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele Patientinnen und Patienten sind nach dem Programm ins Berufsleben zurückgekehrt? ○ Wie viele Patientinnen und Patienten sind 3-6 Jahre nach dem Programm erwerbstätig? <p>Als Ziel der Studie wird genannt: Evaluieren der Ergebnisse dieses Programms für Menschen mit ABI bei RTW. Zudem sollen auch die Aufgabenanpassung sowie die Veränderung der Anzahl Arbeitsstunden bewertet werden.</p> • Welchen theoretischen Bezugsrahmen weist die Studie auf? In der Einleitung wird aufgezeigt, wie wichtig es ist, dass Personen nach einem ABI wieder an den Arbeitsplatz zurückkehren. Der RTW verbessert das Selbstvertrauen sowie die Lebensqualität. Dies zu erreichen, ist jedoch manchmal mit Schwierigkeiten verbunden. Mithilfe der beruflichen Rehabilitation («vocational rehabilitation», VR) soll die Arbeitsunfähigkeit nach einem ABI verringert und erreicht werden, dass die Person zurück an den Arbeitsplatz kehren kann. Die VR besteht aus verschiedenen Methoden und Modellen. Unter anderem werden arbeitsorientierte Interventionskomponenten, Ausbildung und Coaching, Kompetenztraining, kognitive Rehabilitation, unterstützte Beschäftigung oder eine Kombination daraus angeboten. Anhand von Literaturquellen wird aufgezeigt, dass die VR eine positive Auswirkung auf den RTW hat. Allerdings zeigen die Forschenden auf, dass in Studien bislang nur die kurzfristigen Ergebnisse solcher VR erforscht wurden, nicht aber die langfristigen. • Mit welchen Argumenten wurde die Forschungsfrage begründet? Die Forschenden zeigen auf, dass bei der beruflichen Wiedereingliederung von Menschen nach einem ABI bezüglich der langfristigen Stabilität der Beschäftigung Bedenken bestehen und nur wenige Studien zur VR erforschen, wie die langfristigen Auswirkungen solcher Programme sind.
	Methode	<p>Design</p> <p>Stichprobe</p>

		<ul style="list-style-type: none"> ○ eine Beschäftigung vor der ABI ○ die Motivation, wieder zu arbeiten ○ Arbeitgebende, die bereit sind, am Programm teilzunehmen <p>Ausschlusskriterien für das Programm waren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Abhängigkeit von anderen Personen bei den Aktivitäten des täglichen Lebens ○ ein geistiger Zustand, der normale soziale Kontakte mit Kollegen verbietet ○ ein körperlicher Zustand, der die Möglichkeit einschränkt, zur Arbeit zu fahren oder diese auszuführen <ul style="list-style-type: none"> ● Welches ist die Stichprobe? Wer? Wieviel? Charakterisierungen? Es wurde eine Stichprobe mit 58 Personen definiert. Einige der Hauptcharakteristiken sind: Geschlecht: Männer (33), Frauen (25); Durchschnittsalter: 48 Jahre, Ausbildungsniveau: Universität/höhere Ausbildung (22), Berufsausbildung/High School (26), Berufstraining oder Primary School (10); Diagnose: Schlaganfall (38), SHT (8), Infektion (3), Hypoxische Hirnschädigung (6), Tumor (3) ● Wie wurden die Stichproben gezogen? Das Register der Patientinnen und Patienten, die von 2007 bis 2010 am Programm teilnahmen, umfasste 68 Patientinnen und Patienten. Zwei Patientinnen und Patienten wurden ausgeschlossen, da ihr Ziel die Rückkehr zur Schule war. Weitere acht wurden ausgeschlossen, da nur eine der drei geplanten Sitzungen stattfand. Somit sind alle Personen der Population eingeschlossen, welche die Einschlusskriterien erfüllten. ● Wird die Auswahl der Teilnehmenden beschrieben und begründet? Ja, sie wird beschrieben. Es wird auch genannt, welche Ein- und Ausschlusskriterien für die Studie angewendet wurden. Allerdings wird diese nicht näher begründet. ● Gibt es verschiedene Studiengruppen? Es gibt nur eine Studiengruppe.
	Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> ● Welche Art von Daten wurde erhoben? Für die Studie wurden informative Daten aus medizinischen Unterlagen, aus Berichten der neuropsychologischen Assessments sowie aus Protokollen der drei Sitzungen im Zusammenhang mit der Intervention erhoben. Zudem wurde ein schriftlicher Fragebogen verwendet. ● Wie häufig wurden Daten erhoben? Abgesehen von der Messung der Arbeitsstunden wurden die restlichen Messungen nur einmalig durchgeführt. Und diese Messung wurde auch nicht wirklich mehrmals durchgeführt, sondern die Daten wurden aus den vorliegenden Informationen herausgenommen.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Instrumente wurden zur Datenerhebung benutzt? Bei den kurzfristigen Ergebnissen wurden die Daten mithilfe eines Formulars zur Datenextraktion von einer Person, die nicht am Programm beteiligt war, aus medizinischen Unterlagen, Berichten der neuropsychologischen Assessments sowie aus Protokollen der drei Sitzungen im Zusammenhang mit der Intervention erhoben. Die Daten für die langfristigen Ergebnisse wurden mithilfe eines durch die Forschenden selbst entworfenen Fragebogens erfasst, der per Post an die Teilnehmenden versendet wurde. Bei Teilnehmenden, die den Fragebogen länger nicht zurückgesendet hatten, erfolgte die Erhebung der Daten sofern einverstanden anhand des Fragebogens per Telefon. • Welche Intervention wird getestet? Als Intervention getestet wurde das Programm wie es im Rijnlands Rehabilitationszentrum in Leiden, Niederlande umgesetzt wird. An diesem Programm sind folgende Personen beteiligt: multidisziplinäres Team mit einer Rehabilitationsspezialistin oder einem Rehabilitationsspezialisten, sowie einer Fachperson aus der Ergotherapie, der Sozialarbeit, der Neuropsychologie und bei Bedarf aus der Logopädie oder auch der Physiotherapie. Weiter am Programm beteiligt sind die Klientel, die Partnerin, der Partner oder eine andere wichtige Bezugsperson, Arbeitgebende, eine Fachperson aus der Arbeitsmedizin und ein Teammitglied der Klientel. Das Programm beinhaltet folgende sechs Schritte: <ol style="list-style-type: none"> 1. Die Rehabilitationsspezialistin oder der Rehabilitationsspezialist prüft die Eignung der Patientin oder des Patienten für das Programm. In einer ersten Bewertung an welcher die Neuropsychologie sowie die Ergotherapie beteiligt sind, werden die Fähigkeiten, Behinderungen und Wünsche der Patientin oder des Patienten in Bezug auf die berufliche Weiterbildung ermittelt. Anschliessend werden die Merkmale und Anforderungen des Arbeitsplatzes ermittelt. Die Fähigkeiten und Behinderungen der Patientin oder des Patienten werden in Übereinstimmung mit der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF-Modell) ermittelt. 2. Während des ersten Treffens am Runden Tisch, das den offiziellen Beginn des Programms markiert, werden alle Beteiligten von den Mitgliedern des Rehabilitationsteams über die Krankheit sowie die Fähigkeiten und Behinderungen der Patientin oder des Patienten informiert. Danach werden die Anforderungen, Erwartungen und Möglichkeiten für den RTW diskutiert. Es wird ein Konsens über und ein Engagement aller Beteiligten für die ersten Schritte der Wiedereingliederung in Bezug auf Arbeitszeiten und Aufgaben erzielt. 3. Mit Unterstützung des am Prozess beteiligten Mitarbeitenden wird am Arbeitsplatz ein aufgabenorientiertes Rehabilitationstraining durchgeführt. Die Ergotherapie gibt der Patientin oder dem Patienten wöchentlich individuelle Unterstützung, entweder im Rehabilitationszentrum oder am Arbeitsplatz. Die Ergotherapie kontaktiert den Mitarbeitenden alle 2 Wochen telefonisch oder bei Bedarf öfter. Bei diesen Kontakten werden Fortschritte bewertet und Ratschläge für eine Erhöhung der Arbeitszeit und der Aufgaben erteilt. Die Neuropsychologie steht alle 2 bis 4 Wochen mit der Patientin oder dem Patienten in Kontakt. Die Sozialarbeit nimmt alle 2 Wochen Kontakt mit der Patientin oder dem Patienten und seiner Partnerin, seinem Partner oder seiner wichtigen Bezugsperson auf. 4. 8 Wochen nach Beginn des Programms findet das zweite Treffen am Runden Tisch statt. Bei diesem Treffen schildern alle Beteiligten ihre Erfahrungen: Die Probleme, die während der Trainingswochen auftraten, werden ebenso besprochen wie die Dinge, die gut liefen. Weiter werden die Erhöhung der Arbeitszeiten, die Ausweitung der Aufgaben und die Engpässe besprochen. Am Ende dieses Treffens wird eine Entscheidung über die Fortsetzung des Programms und Anpassungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und Aufgaben getroffen. 5. Wird die berufliche Rehabilitation fortgesetzt, setzt die Patientin oder der Patient das aufgabenorientierte Rehabilitationstraining am Arbeitsplatz mit einer weiteren Erhöhung der Arbeitszeiten und einer Aufgabenausweitung fort, unterstützt durch den Mitarbeitenden und die Ergotherapie. Der Kontakt mit der Sozialarbeit und der Neuropsychologie wird ebenfalls fortgesetzt. 6. 16 Wochen nach Beginn des Programms findet das letzte Treffen am Runden Tisch statt. Hauptthema dieses Treffens ist die Erörterung der Prognose für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Hinblick auf die erreichbaren Arbeitszeiten und Aufgaben. Das von den Fachleuten des Rehabilitationszentrums angebotene Programm endet nach diesem Treffen. Für die weitere berufliche Wiedereingliederung sowie die fortlaufende Unterstützung wird die Klientel an den Arbeitsmediziner verwiesen, was in den Niederlanden die übliche Behandlung ist.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Welches Datenniveau weisen die erhobenen Variablen auf? Variablen der kurzfristigen Ergebnisse: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alter = proportional ○ Geschlecht = nominal → weiblich oder männlich ○ Sozialer Status → nominal → verheiratet/zusammenlebend oder nicht verheiratet/zusammenlebend

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Bildungsniveau = ordinal → Universität/Hochschule oder Fachausbildung/Hochschule oder Berufsausbildung/weniger als Berufsausbildung/Grundschule ○ Zugrundeliegende Diagnose des ABI = nominal → Schlaganfall oder SHT oder Infektion oder Hypoxische Hirnschädigung oder Tumor ○ Zeit seit der Verletzung = proportional ○ Gesamtdauer der Rehabilitation = proportional ○ vorher in stationärer Rehabilitation = nominal → ja oder nein ○ Körperliche sowie sprachliche Funktionen als Ataxie der Gliedmasse, sensorische Defizite, Dysarthrie, Aphasie = nominal → vorhanden oder nicht vorhanden ○ Armaktivität = nominal → eingeschränkt oder nicht eingeschränkt ○ Functional Ambulation Categories Attention (TOSA) = ordinal → 1-5 ○ Tower of London Test (TLT) = proportional 1-100% ○ Anzahl der Stunden, welche die Patientin/der Patient vor ABI, zu Beginn und am Ende des Programms gearbeitet hat = proportional ○ Grösse des Unternehmens = nominal → Unternehmen mit <100 Mitarbeitenden oder Unternehmen mit >100 Mitarbeitenden ○ Körperliche und kognitive Arbeitsanforderungen = nominal → blue collar (hauptsächlich körperliche Arbeiten) oder white collar (hauptsächlich Fach, Führungs- oder Verwaltungsaufgaben) ○ Rückkehr ins Berufsleben (Rückkehr wird definiert als: Verrichtung nützlicher Aufgaben für den Arbeitgebenden) = nominal → ja oder nein ○ Aufgabenanpassung = nominal → Vielzahl genannter Anpassungen <p>Variablen der langfristigen Ergebnisse:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Informationen über den Arbeitsstatus = genaue Variablen sowie Skalenniveau unbekannt <ul style="list-style-type: none"> - sicherlich eine erfragte Variable war die Ausübung einer bezahlten Arbeit = nominal → ja oder nein ○ Informationen über die Arbeitsstunden = genaue Variablen sowie Skalenniveau unbekannt ○ Informationen über Aufgabenanpassung = genaue Variablen sowie Skalenniveau unbekannt ○ Informationen über Gründe für die Nichtfortsetzung von bezahlter Tätigkeit, wenn so eingetroffen = genaue Variablen sowie Skalenniveau unbekannt <ul style="list-style-type: none"> ● Welche statistischen Verfahren wurden zur Datenanalyse verwendet (deskriptive und / oder schliessende)? <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle statistischen Analysen wurden mit dem Softwarepaket SPSS 19 (SPSS Inc., Chicago, IL) durchgeführt. ○ Für die quantitativen Daten in Bezug auf den RTW wurden deskriptive Statistiken (d.h. Häufigkeiten/Prozentsätze) verwendet. ○ Der Wilcoxon signed-ranks-test wurde verwendet, um die Anzahl der Arbeitsstunden vor, unmittelbar nach dem Programm und beim Follow-up zu vergleichen. ○ Qualitative Daten (z. B. Gründe für keine RTW oder keine Aufrechterhaltung der Beschäftigung) wurden gruppiert und zusammengefasst. ● Wurde ein Signifikanzniveau festgelegt (5% meist implizit, 1% oder 10% sollten begründet werden) Die Signifikanz wurde auf $p \leq 0,05$ festgelegt.
--	---

Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Ergebnisse werden präsentiert? <ul style="list-style-type: none"> ○ Teilnehmende: Zu Beginn wird erläutert, wie es zu den 58 eingeschlossenen Teilnehmenden gekommen ist und die Patientinnen und Patientencharakteristika wird beschrieben. ○ Programm: Es wird gezeigt, dass bei allen Patientinnen und Patienten das multidisziplinäre Team, der Arbeitgebende sowie ein Mitarbeitenden eingebunden waren. Bezüglich den restlichen, möglichen Beteiligten wie die Fachperson der Arbeitsmedizin, die Partnerin, der Partner oder eine wichtige Bezugsperson wurde aufgezeigt, bei wie vielen Patientinnen und Patienten diese anwesend waren. ○ Kurzfristige Ergebnisse des Programms von 58 Patientinnen und Patienten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 Patientinnen und Patienten (26%) arbeiteten zu Beginn des Programms durchschnittlich 11.1 Stunden/Woche (SD 7.5). ▪ 50 Patientinnen und Patienten (86%) arbeiteten zum Ende des Programms (=erfolgreiche RTW-Gruppe) durchschnittlich 21.0 Arbeitsstunden/Woche (SD 8.0) → diese bedeutet 60% ihrer früheren Arbeitszeit. Alle 15 Patientinnen und Patienten, die zu Beginn arbeiteten, arbeiteten auch hier noch. <ul style="list-style-type: none"> - 48 von diesen 50 Patientinnen und Patienten (96%) erhielten Arbeitsaufgabenanpassung. ▪ 8 Patientinnen und Patienten (14%) arbeiteten nicht nach Programmende (= nicht erfolgreiche RTW-Gruppe). Bei 3 dieser Patientinnen und Patienten wurde das Programm nach der 2. Sitzung abgebrochen. Gründe für den erfolglosen RTW waren: <ul style="list-style-type: none"> - 1x Wegfall des Arbeitsplatzes während Umstrukturierung - 2x kognitive Funktionsstörung - 3x zu geringe körperliche Belastbarkeit - 2x Unfähigkeit des Arbeitgebenden für Aufgabenanpassung ○ Langfristige Ergebnisse des Programms von 58 Patientinnen und Patienten: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 50 Patientinnen und Patienten (86%) waren bereit an der Studie teilzunehmen. <ul style="list-style-type: none"> - 2 Patientinnen und Patienten sind verstorben (je einer aus der Gruppe mit erfolgreichem RTW und nicht erfolgreichem RTW) - 6 Patientinnen und Patienten konnten nicht weiterverfolgt werden (5 aus erfolgreicher RTW-Gruppe und 1 aus nicht erfolgreicher RTW-Gruppe) ▪ 0 Patientinnen und Patienten aus der ehemals nicht erfolgreichen RTW-Gruppe (6 übriggebliebene Patientinnen und Patienten) arbeiteten beim Follow-up. ▪ 28 Patientinnen und Patienten (64%) aus der ehemals erfolgreichen RTW-Gruppe (44 übriggebliebene Patientinnen und Patienten) gingen einer bezahlten Tätigkeit nach. <ul style="list-style-type: none"> - Durchschnittlich 26.5 Arbeitsstunden/Woche (SD 10.8) - Durchschnittlich 5.9 Arbeitsstunden/Woche weniger als vor dem ABI ($p < 0.01$) - Durchschnittlich 5.3 Arbeitsstunden/Woche mehr als nach dem Programm - 4 Patientinnen und Patienten leisteten gleichviele Stunden wie vor ABI - 6 Patientinnen und Patienten leisteten mehr Stunden wie vor ABI - 18 Patientinnen und Patienten leisteten weniger Stunden wie vor ABI ▪ 16 Patientinnen und Patienten (36%) aus der ehemals erfolgreichen RTW-Gruppe gingen keiner bezahlten Arbeit mehr nach. 5 der Gründe für die Arbeitsunfähigkeit bezogen sich nicht auf ABI: <ul style="list-style-type: none"> - 3x Wegfall Arbeitsplatz bei Umstrukturierung in Zeiten wirtschaftlicher Rezession - 1x Frühverrentung - 1x Arbeitsunfähigkeit infolge bösartiger Erkrankung ▪ Zur Aufgabenanpassungen konnte nichts berichtet werden, da Informationen von Patientinnen und Patienten nicht ausreichend und teilweise widersprüchlich waren sowie teilweise Daten fehlten. • Welches sind die zentralen Ergebnisse der Studie? <ul style="list-style-type: none"> ○ 15 Patientinnen und Patienten (26%) arbeiteten zu Beginn des Programms durchschnittlich 11.1 Stunden/Woche (SD 7.5).
-----------	------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> ○ 50 Patientinnen und Patienten (86%) arbeiteten zum Ende des Programms mit durchschnittlich 21.0 Arbeitsstunden/Woche (SD 8.0), was 60% ihrer früheren Arbeitszeit. Fast alle erhielten Arbeitsaufgabenanpassungen ○ Gründe für erfolglosen RTW (von 8 Patientinnen und Patienten): <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1x Wegfall Arbeitsplatz während Umstrukturierung ▪ 2x kognitive Funktionsstörung ▪ 3x zu geringe körperliche Belastbarkeit ▪ 2x Unfähigkeit des Arbeitgebenden für Aufgabenanpassung ○ 28 Patientinnen und Patienten (64%) aus erfolgreicher RTW-Gruppe (44 übriggebliebene Patientinnen und Patienten) gingen einer bezahlten Tätigkeit nach mit durchschnittlich 26.5 Arbeitsstunden/Woche (SD 10.8). Von denen leisteten jedoch immer noch 18 Patientinnen und Patienten weniger Stunden wie vor ABI. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Durchschnittlich 5.9 Arbeitsstunden/Woche weniger als vor dem ABI ($p < 0.01$) ▪ Durchschnittlich 5.3 Arbeitsstunden/Woche mehr als nach dem Programm ($p < 0.01$) ○ 16 Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe (44 übriggebliebene Patientinnen und Patienten) gingen keiner bezahlten Tätigkeit mehr nach. 5 gaben Gründe an, die sich nicht auf die Arbeitsunfähigkeit nach ABI bezogen. Somit bezieht sich die Arbeitsunfähigkeit von 11 Personen auf die ABI. <p>• Werden die Ergebnisse verständlich präsentiert (Textform, Tabellen, Grafiken)? Nebst der Ergebnisdarstellung in Textform werden 1 Tabelle sowie 2 Grafiken benutzt. Die Tabelle fasst die Patientinnen- und Patientencharakteristika zusammen. Eine Grafik zeigt den Weg bezüglich RTW sowie der Studienteilnahme. Und eine Grafik zeigt die Anzahl der Patientinnen und Patienten auf, die vor ABI, zu Beginn und am Ende des Programms sowie beim Follow-Up gearbeitet haben. Im Allgemeinen und zusammen mit dem Text betrachtet, ist die Darstellung verständlich.</p>
--	---

Diskussion	Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Werden signifikante und nicht signifikante Ergebnisse erklärt? Wie Interpretieren die Forschenden die Ergebnisse? <ul style="list-style-type: none"> ○ Es wurde nicht explizit erwähnt, welche Ergebnisse signifikant waren und welche nicht und warum dies so ist. ○ Kurzfristige Ergebnisse: Die Zahl der Patientinnen und Patienten, die nach dem Programm an den Arbeitsplatz zurückkehrten (50 Patientinnen und Patienten / 86%), ist im Verhältnis zu drei anderen referenzierten Übersichten, die verschiedene Massnahmen bewerteten, hoch. Dort waren die RTW-Raten zwischen 38 – 85%. Mögliche genannte Erklärungen: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 15 Patientinnen und Patienten hatten bereits bei Beginn des Programms eine Arbeit aufgenommen, was zur hohen Erfolgsquote beigetragen haben könnte. ▪ Ebenfalls zur hohen Erfolgsquote beigetragen haben könnte, ist die Einbeziehung aller Beteiligten ins Programm am Runden Tisch. Alle Teilnehmenden wurden zur gleichen Zeit und in gleicher Weise über die Beeinträchtigung/Möglichkeiten des Betroffenen informiert. Dies steht im Einklang mit der niederländischen Leitlinie für ABI. ▪ Weiter halten die Forschenden fest, dass das niederländische Gesetz besagt, dass sowohl Arbeitgebende wie auch Arbeitnehmende für den RTW-Prozess verantwortlich sind und der Arbeitgebende verpflichtet ist, sich um eine (vorübergehend) veränderte Arbeit zu bemühen, um den RTW zu erleichtern. Dies könnte sich auch auf die Ergebnisse ausgewirkt haben. ○ Langfristige Ergebnisse: Die Zahl der Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe, die beim Follow-Up noch immer arbeitstätig waren (28 Patientinnen und Patienten / 63% der noch übrigbleibenden Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe) konnte gemäss den Forschenden nur schwierig mit anderen früheren Studien verglichen werden, weil diese über Nachsuchungsergebnisse bis zu 6 Monaten oder 1 Jahr nach beruflichen Rehabilitation berichteten. ○ Arbeitsstunden: Gemäss Follow-UP musste bei der Mehrheit der Patientinnen und Patienten, die noch arbeiteten (16 Patientinnen und Patienten / 86%) die Zahl der Arbeitszeiten nach ABI reduziert werden. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dies stimmt verglichen mit den Ergebnissen einer anderen Studie nicht überein. Diese Studie untersuchte die Erwerbstätigkeit von Frau und Mann nach einem SHT, wobei nur bei 12.9% die Stunden reduziert werden mussten. Allerdings hatten dort 41.4% ihre Arbeitstätigkeit aufgegeben und 36.5% arbeiteten genauso viele Stunden. ▪ Ebenfalls hervorgehoben wurde die Tatsache, dass die Patientinnen und Patienten, die beim Follow-Up noch arbeiteten in der Lage waren, ihre Arbeitszeit im Vergleich zu direkt nach dem Programm, durchschnittlich um 5 Stunden zu erhöhen. ○ Arbeitsaufgabenanpassung: Nahezu alle Patientinnen und Patienten benötigten eine Anpassung der Arbeitsaufgaben. Dies stimmt mit den Ergebnissen zweier Übersichtsarbeiten überein, in denen beschrieben wird, dass Änderungen der beruflichen Anforderungen sowie Anpassung der Arbeitsaufgaben häufig sind. • Kann die Forschungsfrage aufgrund der Daten beantwortet werden? <p>Die Forschungsfragen sowie deren Antworten lauten wie folgt:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele Personen, die an diesem Programm teilgenommen haben, sind nach dem Programm direkt ins Berufsleben zurückgekehrt? 50 Patientinnen und Patienten (86%) ○ Wie viele Patientinnen und Patienten sind 3-6 Jahren nach dem Programm noch erwerbstätig? 28 Patientinnen und Patienten (64% der Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe und 50% aller noch lebenden Patientinnen und Patienten) ○ Zudem sollen die Aufgabenanpassungen sowie die Veränderung der Anzahl Arbeitsstunden bewertet werden. 48 Patientinnen und Patienten (96 % der Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe) wurden die Arbeitsaufgaben angepasst. Beim Follow-UP arbeiteten, diejenigen die in bezahlter Tätigkeit verblieben durchschnittlich 5.9 Arbeitsstunden/Woche weniger als vor dem ABI ($p < 0.01$) und durchschnittlich 5.3 Arbeitsstunden/Woche mehr als nach dem Programm ($p < 0.01$). Zudem konnten diese Patientinnen und Patienten durchschnittlich 5 Stunden mehr arbeiten als direkt nach dem Programm. • Werden Limitationen diskutiert? <ul style="list-style-type: none"> ○ Als einschränkend erwähnt wird, dass für die kurzfristige und die langfristige Nachbeobachtung unterschiedliche Definitionen von RTW verwendet wurden. Nach niederländischem Recht ist der Arbeitgebende während der ersten zwei Jahre der Krankschreibung für die Kosten des Lohnersatzes verantwortlich, so dass eine Ergebnismessung, welche die Erwerbsfähigkeit berücksichtigt, zu diesem Zeitpunkt weniger geeignet
------------	--	--

		<p>ist. Bei der Nachuntersuchung 3-6 Jahre nach dem Programm wurde RTW anders definiert, um die Ergebnisse mit anderen Programmen und der Literatur vergleichen zu können.</p> <ul style="list-style-type: none">○ Als weitere Einschränkung erwähnt wird, dass die langfristige Nachbeobachtung nicht auf einen Zeitpunkt festgelegt wurde, sondern aus praktischen Gründen zwischen 3 und 6 Jahren variierte, was Vergleiche erschwerte.○ Diese Studie zeigt nur die Ergebnisse der beruflichen Rehabilitation bei Patientinnen und Patienten, welche die spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien des Programms erfüllten. Daher können die Ergebnisse dieser Studie nicht auf alle ABI-Patientinnen und Patienten verallgemeinert werden. Die Studienpopulation bestand jedoch aus einer heterogenen Gruppe mit unterschiedlichen Behinderungen und diese Studie spiegelt die gängige Praxis in diesem Rehabilitationszentrum wider, was eine Stärke der Studie ist.○ Da die niederländische Gesetzgebung die Ergebnisse dieser Studie, insbesondere die kurzfristige RTW-Rate, beeinflusst haben könnte, können die Ergebnisse nicht direkt auf andere Länder übertragen werden. <ul style="list-style-type: none">● Werden die Ergebnisse mit ähnlichen Studien verglichen? Die Forscher vergleichen ihre Ergebnisse mit Studien und ziehen angemessene Literatur bei, um ihre Ergebnisse zu diskutieren und mögliche Hintergründe zu erklären.
--	--	---

Kritische Würdigung der Studie: Van Dongen et al (2018). Short-term and long-term outcomes of a vocational rehabilitation program for patients with acquired brain injury in the netherlands.

Forschungsschritt		Leitfragen kritische Würdigung
Einleitung	Problem- beschreibung Bezugsrahmen Verortung des Themas Forschungs- frage/-ziel (Hypothese)	<ul style="list-style-type: none"> • Beantwortet die Studie eine wichtige Frage der Berufspraxis/ BA-Fragestellung? Die Studie will unter anderem herausfinden, inwiefern das Programm wie es im Rijnlands Rehabilitationszentrum in Leiden, Niederlande umgesetzt wird, hinsichtlich der Langzeitergebnisse wirksam ist. Zu wissen, ob eine Intervention wirksam ist oder nicht, ist für die Berufspraxis essenziell. Auch wenn ein spezifisches Programm untersucht wird, welches in einem niederländischen Rehabilitationszentrum angewandt wird, kann man Schlussfolgerungen aus der Studie ziehen, die sich auch in der Schweiz umsetzen lassen. Ausserdem zeigt die Studie im Interventionsbeschreibung sehr deutlich auf, dass und welche Rolle die Ergotherapie beim RTW spielt. • Sind die Forschungsfragen klar definiert? Ev. durch Hypothesen ergänzt?? Das Ziel wird formuliert. Sie wollen die Ergebnisse dieses Programms evaluieren. Allerdings ist das Ziel etwas breit gefasst. Es könnte noch genauer definiert werden hinsichtlich welcher Ergebnisse das Programm evaluiert werden soll. Aber dies wird mit den Forschungsfragen dann noch genauer definiert. Die Forschungsfragen sind so weit klar beschrieben. Allerdings ist auch hier noch etwas Spielraum bezüglich der Genauigkeit. Es bleibt offen, wann genau und zu welchem Grad die Personen zurückgekehrt sein müssen. Die Frage nach dem genauen Zeitpunkt der Rückkehr wird im Methodenteil geklärt. Es muss direkt nach dem Ende des Programms erfolgt sein. Weiter schreiben die Forscher, dass auch die Aufgabenanpassung sowie die Veränderung der Anzahl Arbeitsstunden bewertet werden soll. Allerdings wird hier keine genaue Forschungsfrage definiert und auch nicht genauer erläutert, ob ein Zusammenhang untersucht werden soll. • Wird das Thema / das Problem im Kontext von vorhandener konzeptioneller und empirischer Literatur logisch dargestellt? Das Thema wird mit angemessener Literatur gestützt. Es enthält Fakten zur Schwierigkeit eines RTW nach ABI, zur Wichtigkeit eines RTW, zu den RTW-Raten von spezifischen Krankheitsbildern nach einer beruflichen Rehabilitation sowie zu verschiedenen Inhalten der beruflichen Rehabilitation, welche in der Literatur gefunden werden.
	Design	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Verbindung zwischen der Forschungsfrage und dem gewählten Design logisch und nachvollziehbar? Die Verbindung der Forschungsfrage sowie dem gewählten Design ist insofern angemessen, als dass es sich um eine quantitative Studie handelt, welche die Auswirkungen einer Intervention messen soll. Kritisiert werden muss aber, dass die Forschenden nicht näher auf die Wahl des Designs eingehen. Ausserdem muss kritisiert werden, dass es sich nicht, wie angegeben, um eine Kohortenstudie handelt, da in einer solchen aus der Kohorte zwei (oder mehrere) Gruppen gebildet und beobachtet werden würden, die verschiedenen Einflüssen ausgesetzt sind. Mit dem vorliegenden methodischen Verfahren kann zwar etwas darüber gesagt werden, wie viele Menschen nach dem Programm wieder zurück an den Arbeitsplatz kehrten, allerdings fehlt wie bereits erwähnt eine Kontrollgruppe. • Werden die Gefahren der internen und externen Validität kontrolliert? Zu den Gefahren der internen und externen Validität äussern sich die Forschenden nicht, was als Kritikpunkt genannt werden muss. Eine Gefahr der internen Validität stellt sicherlich der Follow-Up Fragebogen dar. Bei der Beantwortung verlässt man sich vollkommen auf die Ehrlichkeit der Teilnehmenden bezüglich ihrem aktuellen Arbeitsstatus. Bei der externen Validität ist sicherlich zu erwähnen, dass die Ergebnisse der Forschung nur auf die Personen anzuwenden sind, bei denen in diesem spezifischen Rehabilitationszentrum das genannte Programm angewendet wurden.
Methode	Stichprobe	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobenziehung für das Design angebracht? Es erfolgte keine explizite Ziehung, sondern die Stichprobe ergab sich von allein. Sie enthält alle Patientinnen und Patienten, die zwischen Januar 2007 und Mai 2010 am Programm des Rehabilitationszentrums teilgenommen haben und die nicht aufgrund eines Ausschlusskriteriums für die Teilnahme ausgeschlossen wurden. Da die behandelte Patientinnen- und Patientenzahl nicht allzu gross ist, kann das Verfahren für die Stichprobe akzeptiert werden. Es ist noch zu erwähnen, dass als Ausschlusskriterium für die Studie im Methodenteil der Besuch nur einer von drei geplanten Sitzungen genannt wird. Im Ergebnisteil zeigt sich aber noch, dass auch 2 Personen ausgeschlossen wurde, deren Ziel die Rückkehr in die Schule war. Beide Ausschlusskriterien sind angemessen, allerdings hätten beide Kriterien im Methodenteil genannt werden müssen. Zudem ist fraglich, wie sinnvoll es ist,

	<p>dass die Zeitspanne seit dem RTW von 3-6 Jahren reicht. Sicherlich wird dadurch die Stichprobe grösser. Andererseits könnte dies Auswirkungen haben, die bei der Beantwortung der Fragestellung zu verfälschten Ergebnissen führt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ist die Stichprobe repräsentativ für die Zielpopulation? Auf welche Population können die Ergebnisse übertragen werden? Die Stichprobe ist repräsentativ, da ein Grossteil der Population enthalten ist. Allerdings können die Ergebnisse eher nur auf eine sehr spezifische Population übertragen werden. Das sind all diejenigen, die zwischen Januar 2007 und Mai 2010 am Programm des Rijnlands Rehabilitationszentrum in Leiden, Niederlande teilgenommen haben und bei jedem der drei Treffen erschienen sind. • Ist die Stichprobengrösse angemessen? Wie wird sie begründet? Beeinflussen die Drop-Outs die Ergebnisse? Eine Stichprobe mit 58 Teilnehmenden ist für eine quantitative Studie eher klein. Jedoch ist die Stichprobe in Bezug auf die Fragestellung passend, da beispielsweise Personen ausgeschlossen wurden, bei denen das Ziel die Rückkehr in die Schule war. In der Fragestellung wird nämlich explizit nach der Rückkehr ins Berufsleben gefragt. Die Grösse wird von den Forschenden nicht begründet. Drop-Outs beeinflussen die Ergebnisse nicht, da keine vorhanden sind. • Wie wurden die Vergleichsgruppen erstellt? Sind sie ähnlich? Es sind keine Vergleichsgruppen vorhanden. Dies muss kritisiert werden, da bei einer Kohortenstudie eigentlich eine Vergleichsgruppe vorhanden sein müsste. • Werden Drop-Outs angegeben und begründet? Es werden keine Dropouts erwähnt.
Datenerhebung	<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Datenerhebung für Fragestellung nachvollziehbar? Bei der Datenerhebung für die kurzfristigen Ergebnisse, die ja bereits länger zurück liegen, ist das Vorgehen nachvollziehbar. Die betroffenen Personen hätten nach 3-6 Jahren zu vielen Punkten wahrscheinlich nicht mehr genau Auskunft geben können. Die Daten für die langfristigen Ergebnisse nach dem Programm anhand eines Fragebogens zu erfassen, finde ich angesichts der Fragestellung angemessen. Allerdings muss erwähnt werden, dass ein selbstgestalteter Fragebogen bezüglich Reliabilität und Validität Schwachpunkte aufweisen könnte. • Sind die Methoden der Datenerhebung bei allen Teilnehmenden gleich? Für die Datenerhebung bezüglich der kurzfristigen Ergebnisse standen bei allen dieselben Unterlagen zur Verfügung. Allerdings wird nicht genauer erläutert, ob bei allen diese Unterlagen auch wirklich vorhanden und korrekt ausgefüllt waren. Auch bei den langfristigen Ergebnissen ist die Erhebungsmethode bei allen Teilnehmenden gleich. • Sind die Daten komplett, d.h. von allen Teilnehmern erhoben? Über die Vollständigkeit der Daten kann keine Auskunft gemacht werden, da darüber nichts erwähnt wird. Dies ist zu kritisieren.

Messverfahren & Messinstrumente (Variablen)	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Messinstrumente zuverlässig (reliability)? Dieser Punkt ist negativ hervorzuheben, da die einzelnen Fragen auf dem Fragebogen nicht aufgelistet wurden. Es steht lediglich, dass Informationen über den Arbeitsstatus und die Arbeitsstunden gesammelt wurden (quantitative Daten) und zur Erhebung qualitativer Daten Fragen zu Aufgabenanpassungen und gegebenenfalls zu den Gründen für die Nichtfortsetzung einer bezahlten Tätigkeit gestellt wurden. Somit kann bezüglich der Reliabilität keine Aussage gemacht werden, was zu kritisieren ist. Positiv zu werten ist jedoch, dass eine Definition der Arbeit nach Ende des Programms sowie beim Follow-Up angegeben wird. • Sind die Messinstrumente valide (validity)? Dieser Punkt ist negativ hervorzuheben, da nicht bekannt ist, was genau auf dem selbstgestalteten Fragebogen gefragt wurde. Somit kann bezüglich der Validität keine genaue Aussage gemacht werden, was zu kritisieren ist. • Wird die Auswahl der Messinstrumente nachvollziehbar begründet? Auf die Auswahl der Messinstrumente wird nicht eingegangen. • Sind mögliche Verzerrungen/Einflüsse auf die Intervention erwähnt? Nein, es wird nichts diesbezüglich erwähnt. Es wird erläutert, dass die Arbeitsstunden sowie die Aufgabenanpassung direkt nach dem Programm von den Sitzungsprotokollen entnommen wurde und somit vom Team und den Arbeitgebenden bestimmt wurden. Somit sollten die Daten richtig sein. Bei der Nachuntersuchung wurden die Ergebnisse von den Patientinnen und Patienten selbst angegeben. Allerdings wird hier nicht darauf eingegangen, dass dies zu ungenauen oder falschen Einflüssen führen könnte. Zudem wäre wichtig gewesen von den Patientinnen und Patienten zu erfragen, ob sie nach dem Programm noch andere Dienste zur beruflichen Rehabilitation in Anspruch genommen haben. In diesem Fall hätte dieser Aspekt ebenfalls zu Verzerrungen der Intervention geführt.
Datenanalyse	<ul style="list-style-type: none"> • Werden die Verfahren der Datenanalyse klar beschrieben? Als einzige statistische Berechnung wurde der Wilcoxon signed-ranks-test beschrieben für den Vergleich der Anzahlstunden vor, unmittelbar nach dem Programm und beim Follow-up. Ansonsten werden keine Tests durchgeführt. Es wird erwähnt, mit welchem Programm die statistischen Analysen durchgeführt wird. Weiter wird angegeben, dass die qualitativen Daten gruppiert und zusammengefasst wurden. Jedoch wird nicht erwähnt mit welchem genauen Verfahren. • Wurden die statistischen Verfahren sinnvoll angewendet? Da in den Fragestellungen lediglich danach gefragt wird, wie viel Personen nach dem Programm ins Berufsleben zurückkehrten und wie viel Personen nach 3-6 Jahren noch erwerbstätig sind, müssen nicht unbedingt spezielle Verfahren angewendet werden. Allerdings werden dann Verfahren notwendig, wenn Veränderung der Anzahl Arbeitsstunden bewertet werden sollen. Allerdings ist hierzu keine genaue Forschungsfrage gestellt, was das Beurteilen des Verfahrens erschwert und daher kritisiert werden muss. Dass qualitative Daten gruppiert und zusammengefasst werden, erscheint jedoch als sinnvoll. • Entsprechen die verwendeten statistischen Tests den Datenniveau? Daten müssten mindestens ordinalskaliert sein. Arbeitsstunden sind intervallskaliert. Da jeweils immer nur zwei Messpunkte miteinander verglichen werden, kann der Wilcoxon signed-rankstest dafür verwendet werden. • Erlauben die statistischen Angaben eine Beurteilung? Ja, die statistischen Angaben lassen eine Beurteilung zu und unterstützen die Präsentation der Ergebnisse. • Ist die Höhe des Signifikanzniveaus nachvollziehbar und begründet? Die Höhe des Signifikanzniveaus entspricht dem Standardwert und ist somit nachvollziehbar. Allerdings wird es nicht näher begründet. Es ist zudem ungenau dargelegt, ob dieses Signifikanzniveau nur auf die Anzahl Arbeitsstunden bezogen ist oder auch andere Variablen betrifft.

Resultate	Ergebnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Sind die Ergebnisse präzise? <ul style="list-style-type: none"> ○ Die meisten Ergebnisse werden mit den dazugehörigen Standardabweichungen oder Prozentwerten präsentiert. Dies ist hilfreich, um den Wert besser interpretieren zu können. Allerdings können diese Angaben nicht nachgeprüft werden, da die Werte der einzelnen Patientinnen und Patienten nicht aufgelistet wurden. Es ist zudem unklar, welche Resultate signifikant sind. ○ Beim Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsstunden/Woche vor dem ABI/Follow-Up und nach dem Programm/Follow-Up wurde ein Signifikanzlevel von $P < 0.01$ angegeben, obwohl das Signifikanzlevel auf $p < 0.05$ gelegt wurde. ○ Weshalb 15 Patientinnen und Patienten bereits zu Beginn des Programms gearbeitet haben, wird nicht genauer erläutert. Hier stellt sich die Frage, weshalb dies so ist. Darauf wird allerdings nicht näher eingegangen, was zu kritisieren ist. ○ Kritisch berücksichtigt werden müssen die unterschiedlichen Definitionen von RTW nach dem Programm (Verrichten nützlicher Aufgaben für den Arbeitgebenden) sowie dem Verbleib im Beruf beim Follow-Up (Ausübung bezahlter Arbeit). Da es sich um eine andere Definition handelt, müssen die Ergebnisse, welche diese beiden Aspekte betreffen, mit diesem Wissen betrachtet werden. ○ Es werden nicht alle Ergebnisse dargestellt. Es gibt auch Zahlen, die vom Leser selbst ausgerechnet werden müssen. Beispielsweise von wie vielen Patientinnen und Patienten aus der erfolgreichen RTW-Gruppe nach dem Programm der Grund für keine vorhandene bezahlte Arbeit mit der Arbeitsunfähigkeit nach ABI in Zusammenhang steht. Dies wäre eine Zahl, die hinsichtlich der Fragestellung interessant gewesen wäre. Allerdings werden nur die Zahlen präsentiert, bei denen die Arbeitsunfähigkeit nicht mit dem ABI in Zusammenhang steht. Ebenfalls bei diesem Punkt ist fraglich, ob die genannten Punkte «Wegfall des Arbeitsplatzes bei einer Umstrukturierung» sowie «Frühverrentung» nicht trotzdem einen Zusammenhang haben mit der infolge des ABI reduzierten Arbeitsleistung des jeweiligen Patientinnen und Patienten. Entsprechend wäre es dennoch mit dem ABI verbunden. • Wenn Tabellen / Grafiken verwendet wurden, entsprechen diese folgenden Kriterien? Sind sie präzise und vollständig (Titel, Legenden..) und eine Ergänzung zum Text? <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Tabelle fasst einige Charakteristika zusammen, die im Text stehen und stellt sie ansprechend dar. Allerdings werden in der Tabelle nicht alle Charakteristika erwähnt, die im Text erwähnt werden und im Text werden nicht alle erwähnt, die in der Tabelle stehen. Somit ist es eine Ergänzung zum Text. Die Tabelle ist etwas verkürzt verfasst worden. Denn wenn nur zwei Möglichkeiten bestanden, wie beispielsweise beim Sozialstatus verheiratet/zusammenlebend oder nicht verheiratet/zusammenlebend, wird jeweils nur eine Möglichkeit mit der entsprechenden Prozentzahl genannt. Dadurch wird Platz gespart, allerdings muss der restliche Teil selbst berechnet werden. ○ Die beiden Grafiken veranschaulichen die Angaben im Text gut. Besonders die Grafik, welche den Weg bezüglich RTW sowie Studienteilnahme aufzeigt, ist hilfreich beim Lesen sowie Verstehen des Ergebnisteils. Bei der Grafik bezüglich Anzahl der Patientinnen und Patienten, die arbeiteten, wäre die Beschriftung der Zahl hilfreich gewesen und nicht nur das Balkendiagramm. ○ Bezüglich des Titels sowie der Legenden kann bei allen Objekten nichts ausgesetzt werden.
-----------	------------	---

Diskussion	<p>Diskussion und Interpretation der Ergebnisse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Werden alle Resultate diskutiert? Es werden zu jeder Fragestellung relevante Resultate in angemessener Länge diskutiert. Allerdings sind nicht ganz alle Resultate diskutiert. Beispielsweise wird nicht diskutiert wie eingeschränkte Armfunktionen (33%), Aphasie (29%) oder Dysarthrie (12%) den RTW beeinflussen. Allerdings ist fraglich, ob die Untersuchung zu weit gehen würden, da es nur noch entfernt etwas mit der Fragestellung zu tun hat. Ein weiterer fraglicher Aspekt ist jedoch, warum sie das Signifikanzlevel der Ergebnisse nicht hervorgehoben oder erläutert haben. • Stimmt die Interpretation mit den Resultaten überein? Die Interpretation stimmt mit den Resultaten überein. Schön ist, dass bei Prozentsätzen jeweils geklärt wird, von welcher Gesamtheit ausgegangen wird. • Werden die Resultate in Bezug auf die Fragestellung / Hypothesen, Konzepte und anderen Studien diskutiert und verglichen? Für die Aspekte der kurzfristigen Ergebnisse, Veränderung der Anzahl Arbeitsstunden sowie Arbeitsaufgabenanpassung werden die Ergebnisse mit anderen angemessenen Studien verglichen. Bei den Aspekten der langfristigen Ergebnisse hielten die Forscher fest, dass der Vergleich mit anderen Studien schwierig war. Hier haben sie etwas ältere Literatur (1987-2001) hinzugezogen, bei denen fraglich ist, ob der Vergleich massgeblich ist. • Wird nach alternativen Erklärungen gesucht? Anhand von beigezogener Literatur wird angemessen versucht, die gefundenen Ergebnisse zu erklären.
------------	---

Güterkriterien nach Bartholomeyczik et al. (2008)

Positives wird mit + und Negatives wurde mit – gekennzeichnet

Objektivität

- + Das Thema wird mit angemessener Literatur eingeleitet und gestützt.
- + Gemäss den Forschenden ist keine ethische Bewilligung notwendig. Dennoch beschreiben sie, dass alle Verfahren die ethischen Standards erfüllen.
- + Die Forschenden nennen wichtige Limitationen der Studie.
- +/- Das Forschungsziel ist etwas breit gefasst. Mit den klar beschriebenen Forschungsfragen findet allerdings eine Eingrenzung des Ziels statt.
- +/- Die Stichprobengrösse ist für Population angemessen. Allerdings ist die Population sehr spezifisch, wodurch sich die Ergebnisse nur beschränkt auf alle Personen mit erworbenen Hirnverletzungen übertragen lassen. Aufgrund des ausführlichen Programmebeschreibs sind dennoch Schlussfolgerungen für andere Kontexte möglich.

Reliabilität, Zuverlässigkeit

- + Die Aus- sowie Einschlusskriterien der Stichprobe werden angemessen beschrieben.
- + Das Programm wird ausführlich beschrieben, wodurch es replizierbar ist.
- + Für die Datenextraktion der kurzfristigen Ergebnisse wird benannt, welche Variablen erhoben werden.
- + Die Datenextraktion aus den medizinischen Unterlagen wurde von einer Person, die nicht am Programm beteiligt ist, ausgeführt. Fünf Datensätze wurden als Zufallsstichproben von einem zweiten Prüfer analysiert und ergaben keine relevanten Unterschiede.
- + Die Datenanalyse wird angemessen beschrieben.
- + Der verwendete Wilcoxon signed-rankstest ist angemessen und kann mit den vorliegenden Daten angewendet werden.
- + Die Höhe des Signifikanzniveaus wird beschrieben, entspricht dem Standardwert und ist somit nachvollziehbar.
- Beim selbstgestalteten Follow-Up Fragebogen für die Messung der längerfristigen Ergebnisse, ist bekannt zu welchen Themen Fragen formuliert wurden, allerdings nicht wie diese konkret lauteten. Die Umfrage ist so nicht wiederholbar.
- Bezüglich der Reliabilität des Follow-Up Fragebogens wird durch die Forschenden keine Aussage gemacht.
- Die Methode der Datenerhebung waren insofern nicht für alle Teilnehmende gleich, als dass Personen, die den Fragebogen länger nicht zurückgesandt hatten, telefonisch kontaktiert wurden und der Fragebogen am Telefon durchgeführt wurde.
- Es ist unklar, welche Resultate signifikant sind, da die Werte teilweise mit einem anderen Signifikanzlevel angegeben werden, als im Methodenteil erwähnt.

Validität, Gültigkeit

- + Aus- sowie Einschlusskriterien für die Stichproben sind in Bezug auf die Fragestellungen angemessen gewählt.
- + Anhand von beigezogener Literatur wird angemessen versucht, die gefundenen Ergebnisse zu erklären. Es wurden bereits ähnliche Ergebnisse gefunden.
- +/- Gewähltes Design ist angemessen, jedoch wird die Wahl nicht näher begründet.
- +/- Es erfolgt keine explizite Ziehung der Stichprobe. Aufgrund der Ein- und Ausschlusskriterien wurden alle möglichen Personen inkludiert, die der Teilnahme zustimmten, um möglichst viele einschließen zu können.
- +/- Die Datenerhebungsmethode ist grundsätzlich angemessen. Bezüglich dem Follow-Up Fragebogen ist die interne Validität jedoch gefährdet.
- +/- In der Limitation werden einige Verzerrungen sowie Einflüsse diskutiert, allerdings nicht alle.
- Es handelt sich um eine Kohortenstudie, bei der jedoch nur eine Gruppe gebildet und beobachtet wird. Es fehlt eine Kontrollgruppe.
- Gefahren der internen und externen Validität werden nicht beschrieben. Eine interne Gefahr stellt der Follow-Up Fragebogen dar. Denn dabei verlassen sich die Forschenden auf die Ehrlichkeit der Teilnehmenden. Bei der externen Gefahr muss erwähnt werden, dass die Forschungsergebnisse nur auf Personen anzuwenden sind, die das zu untersuchende Programm besucht haben.
- Beim selbstgestalteten Follow-Up Fragebogen für die Messung der längerfristigen Ergebnisse, ist bekannt zu welchen Themen Fragen formuliert wurden, allerdings nicht wie diese konkret lauteten. Entsprechend ist keine Aussage zur Validität dieses Messinstruments möglich, da insbesondere die Forschenden dazu auch keine Aussage machen.
- Die Definition der Arbeitsrückkehr nach dem Programm sowie der Verbleib im Beruf beim Follow-Up sind unterschiedlich, wodurch eine Verzerrung entstehen könnte.

Evidenzlevel

Die Studie wurde im Journal of Occupational Rehabilitation veröffentlicht und befindet sich auf der Stufe 6 (level of studies) der 6S Pyramide nach DiCenso et al. (2009).

Güte

Auf Basis der kritischen Würdigung sowie der Beurteilung der Gütekriterien hat diese Studie eine **mittlere Güte**.

F Zuteilung der gefundenen Ergebnisaspekte durch Naomi Hilpert

Rolle des Experten (Expert)

Zusammen mit Neuropsychologen erste Bewertung (Ermitteln) der Behinderungen & Fähigkeiten sowie Wünsche der Klientel bezüglich RTW

Merkmale & Anforderungen des Arbeitsplatzes ermitteln

Fähigkeiten und Behinderungen der Klientel in Übereinstimmung mit dem ICF-Modell ermitteln

Therapien mit Klientel → individuelle Unterstützung bezüglich aufgabenorientiertem Rehabilitationstraining (entweder im Rehabilitationszentrum oder am Arbeitsplatz) = Coaching am Arbeitsplatz

Mitarbeiter telefonisch kontaktieren, um Fortschritte zu bewerten und Ratschläge für eine Erhöhung der Arbeitszeit und der Aufgaben zu erteilen

Therapien mit Klientel → individuelle Unterstützung bezüglich aufgabenorientiertem Rehabilitationstraining

Bei 48/50 Klientinnen und Klienten wurde eine Arbeitsplatzanpassung vorgenommen. Unklar durch wen.

Formelle Anpassungen am Arbeitsplatz mit Arbeitnehmer und anderen Beteiligten besprechen und umsetzen (Geänderte Arbeitsaufgaben/Einschränkungen des Aufgabenbereichs, Schrittweiser RTW, geänderte Arbeitszeiten/Planung, Pausen (→ evt. Pausenmanagement), Gewährung von Zeit für Arzttermine, Wechsel des Arbeitsplatzes, Änderung des Arbeitsweges, Anpassung der Umgebung)

informelle Anpassungen am Arbeitsplatz mit Arbeitnehmer vorstellen und umsetzen (Unterstützung von Mitarbeiter durch Ablösung/Assistenz, Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien zur Bewältigung anhaltender Symptome, Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien, um anhaltende Gedächtnisschwierigkeiten und kognitive Herausforderungen zu bewältigen)

RTW Plan initiieren und erstellen (wurde eigentlich vom WSIB gemacht)

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) Empfehlungen für Anpassungen für RTW nach mTBI geben.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) der Klientel Anpassungen empfehlen.

Massnahmen erfolgreich identifizieren und umsetzen, um sicherzustellen, dass verletzte Arbeitnehmer bei dem RTW unterstützt werden.

Prozess unterstützen, der es der Person mit einer Hirnverletzung ermöglicht, über ihre Einschränkungen und Arbeitsfähigkeiten nachzudenken, um in ihrem arbeits und sozialen Umfeld zurecht zu kommen.

Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Motivation der Person, die eine Hirnverletzung erlitten hat, um an der Arbeit und den täglichen Aufgaben teilzunehmen.

Ein Umfeld schaffen, das es der hirnerkrankten Person ermöglicht, speziell ihre arbeitsbezogenen Fähigkeiten zu verbessern, wobei sie häufig die Arbeitsaufgaben und das Arbeitsumfeld simuliert an denen die Person vor ihrer Verletzung beteiligt war.

Befähigen der Person, sich unabhängiger an Arbeitsaufgaben auf dem offenen Arbeitsmarkt zu beteiligen, Unterstützung nimmt ab bis sie minimal ist.

Aufbau zwischenmenschlicher Beziehung

Aufbau des positiven Selbstbildes

Zielsetzung thematisieren

Problem lösen trainieren

Aktivitäten zur Verbesserung des Gedächtnisses durchführen

Arbeitsbezogene Aktivitäten (Verwaltungsaufgaben, Computerarbeit, Verpackungsarbeit) durchführen.

Arbeitserprobung durchführen → Arbeitsfertigkeiten in einem realen Arbeitsfeld unter Aufsicht mit Klientel üben.

Reduzieren der Unterstützung, wenn Klientel in ein Arbeitsverhältnis vermittelt wurde.

Einzel- und Gruppensitzungen durchführen

Arbeitsfertigkeiten (Gedächtnis, Konzentration und angemessenes Sozialverhalten) trainieren.

Der Klientel helfen, ihr neues Arbeitspotenzial zu akzeptieren.

Ein gesundes realistisches Selbstbild der Klientel schaffen.

Soziale Selbsthilfegruppen durchführen

Vermitteln von Bewältigungsstrategien sowie Notfallpläne. beim Warten auf eine Arbeitsstelle.

Unterstützung der Klientel während den Anfängen des Arbeitsverhältnisses (Job Coach).

Identifizierung des Evaluierungszwecks und der wichtigsten Interessengruppen

Einholung einer informierten Zustimmung (durch ein zentralisiertes und formalisiertes Verfahren)

Sammlung von Hintergrundinformationen über demografische Daten, sozialer Status, die medizinische, verletzungsbedingte, persönliche und berufliche (work-history)

Vorgeschichte

Evaluieren der anhaltenden Symptome und der physischen, kognitiven, psychosoziale, kommunikative und funktionellen Fähigkeiten

Analyse und Zusammenfassung der Bewertungsergebnisse

Einbeziehung der Perspektive des Arbeitnehmers in den Bewertungsprozess

(Arbeitsinteressen und -präferenzen, Selbstwahrnehmung von Fähigkeiten, Arbeitsbereitschaft, etc.): Sichtweise wurde erfragt, aber die Aussagen mussten objektiv

überprüft werden, da die Berichte manchmal nicht repräsentativ für ihre tatsächlichen Fähigkeiten waren.

Beobachtungen der allgemeinen Verhaltensweisen der Person in einem natürlichen Umfeld (teilweise erfüllt)

Beobachtungen der arbeitsbezogenen Fähigkeiten und des Verhaltens der Person während der Ausführung in einer realen Arbeitsumgebung oder, falls nicht verfügbar, bei simulierten Arbeitsaufgaben.

Bewertung der beruflichen Anforderungen im Kontext: Teilnehmer sahen dies als wichtig an, hatten jedoch oft keinen Zugang zum Arbeitsplatz. Fähigkeiten konnten nur im klinischen Umfeld beobachtet werden. Arbeitsanforderungen wurden bei der Klientel erfragt.

Bewertung verfügbarer Hilfen: Sie erkundigten sich bei der Klientel über familiärer Unterstützung und Beziehungen zu Arbeitgebern, sprachen nur wenige über eine eingehende Untersuchung der Arbeitsplatzkultur, spezifische Unterstützungen und Anpassungen am Arbeitsplatz oder Veränderung der Arbeitstätigkeiten.

Bewertung der physischen Arbeitsplatzumgebung und

Bewertung der Arbeitskultur (schwierig umzusetzen wegen dem beschränkten Zugang zum Arbeitsplatz und Arbeitgebern. Dies vermindert bei den Teilnehmenden die Möglichkeit Informationen zur Einstellung und Toleranz gegenüber Behinderten am Arbeitsplatz zu erfahren und über das **Krankheitsbild aufzuklären**. Zudem wird die **Bewertung der Sicherheit am Arbeitsplatz erschwert**. Die Teilnehmer wiesen auch auf eine Reihe von Beschränkungen durch das WSIB hin.

Arbeitsanamnese (Work-history) und Performanz vor der Verletzung (Klientel, Familie, AG, Online Datenbank)

Bewerten von Arbeitsfertigkeiten (häufiger als arbeitsspezifische Fertigkeiten, meistens auf der Station beobachtet)

Bewerten von arbeitsspezifischen Fertigkeiten (anhand simulierten Aufgaben/Umgebung)

Erfragen der persönlichen Perspektive

Trainieren von Arbeitsfertigkeiten (am häufigsten trainiert, trainiert in Therapiegruppen oder auf Station)

Trainieren von arbeitsspezifischen Fertigkeiten (individuell, tlw mit Virtual Reality-Software zum simulieren von Aufgaben oder Umgebung (hohe Kosten))

Entlassungsplanung (unabhängig davon, ob es den aktuellen Zustand zulässt, koordiniert durch 1 Kliniker, der über die Empfehlung des ganzen Teams informiert wurde)

Barrieren für RTW aufzeigen an community Service

Entwicklung von RTW Plänen

Organisieren vom follow up Support

Follow up mit der Klientel nach der Entlassung

Kenntnisse haben über RTW Policy and Prozedur

Kenntnisse über die Auswirkungen neurologischer Beeinträchtigungen auf RTW

Klientel unterstützen beim Prozess der Akzeptanz (Hirnverletzung und neurologische Defizite)

Förderung des Selbstbewusstseins erhöht Engagement bei Interventionen

Glaube an die zukünftige Arbeitsfähigkeit

Kliniker müssen auch von der Rückkehr zur Arbeitsfähigkeit überzeugt sein

Rolle des Kommunikators (Communicator)

Treffen am Runden Tisch

Anforderungen, Erwartungen und Möglichkeiten für den RTW diskutieren

Erfahrungen schildern bezüglich in Trainingswochen aufgetretener Probleme sowie gut gelaufenen Dingen

Besprechen von Arbeitszeiterhöhung sowie Aufgabenausweitung und Engpässe

Prognose erörtern für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Hinblick auf die erreichbaren Arbeitszeiten und Aufgaben

Klientel und Arbeitgeber darüber informieren, was ihn erwartete und über die Notwendigkeit eines schrittweisen RTW und geänderte Arbeitszeiten.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) der Klientin und dem Klienten beibringen, wie sie sich selbst vertreten können, wenn sie Anpassungen in Fällen beantrage, in denen der Arbeitgeber diesen Prozess nicht unterstützt.

Weiterleitung der Informationen an die Versicherung

Mit dem Arbeitgeber die Modifizierung der Arbeitsumgebung besprechen

wenn arbeitsfähig dann setzte sich Koordinator mit AG in Verbindung um Plan für die Rückkehr auszuhandeln.)

Kollaboration zwischen Kliniker, Klientel (wesentlich; aktiv einbeziehen, Verantwortung übergeben, damit er sich aktiv beteiligt)

Kollaboration zwischen Kliniker, Familie (Respektvoller Umgang mit Klient und Familie)

Kollaboration zwischen Kliniker, AG (Transparente Kommunikation) (seltener, aber wenn dann früh, um vernünftige Erwartung hinsichtlich der Rückkehr aufzustellen)

Klare Weitergabe von Informationen an community Services

Klare Kommunikation des Funktionsniveaus zwischen stationärem Kliniker, community Rehabilitation und Arbeitgeber

Klient braucht eine grosse Motivation

Thema Arbeit immer ansprechen, weil sonst der Klient meint, dass es bedeutet, dass eine Rückkehr unmöglich ist

Rolle des Teamworkers

Als interdisziplinäres Team aktiv mit den anderen am RTW-Prozess Beteiligten zusammenarbeiten, einschliesslich Klientel und ihren Partner/andere wichtige Person, Arbeitgeber, Arbeitsmediziner und eines Mitarbeiters

Gemeinsam Einigung (Konsens) und Einsatzbereitschaft aller Beteiligten für die ersten Schritte RTW bezüglich Arbeitszeiten und Aufgaben erzielen

Gemeinsames Entscheiden über die Fortsetzung des VR-Programms und Anpassungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und Aufgaben

Entwicklung von Empfehlungen für die Arbeitsrückkehr in Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern.

ein integrierter Teamansatz und die Bestimmung eines RTW-Koordinators

ein konsequenter Fokus auf die Erstellung interprofessioneller Arbeitsempfehlungen.

Es wurde empfohlen, alle Beurteilungsergebnisse innerhalb des interdisziplinären Teams auszutauschen, um eine einheitliche Vorgehensweise bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz und ein einheitliches Feedback für die Klientel und ihre Familie zu gewährleisten.

Struktur im Team (wer ist für was Zuständig, Bestimmung eines Koordinators), Rehabilitationsstruktur

Kollaboration zwischen Kliniker: Beurteilungsergebnisse, Interventionsstrategien und Arbeitsziele (um einen kohärenten Ansatz für die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu gewährleisten.)

Rolle des Leaders

Eine Guideline hilft

Rolle des Health Advocates

Fürsprecher für Arbeitnehmer sein → sich für Anpassungen stark machen

(Als medizinische Fachleute) Arbeitnehmer unterstützen, um Kooperation mit WSIB oder Arbeitgeber bezüglich Umsetzung angemessener Anpassungen zu erlangen. / effektiv für Klientel einsetzen und Empfehlungen aussprechen.

Sachkundiger Fürsprecher sein, der den Verlauf der Genesung und die Arten der fortlaufenden Beeinträchtigungen kennt, die Menschen mit mTBI erfahren.

Für Erhalt eines schrittweisen RTW und geänderte Arbeitszeiten einsetzen.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) für den Erhalt der Anpassungen eintreten.

Rolle des Lernenden und Lehrenden (Scholar)

Alle Beteiligten über die Krankheit sowie Fähigkeiten & Behinderungen der Klientel informieren als Mitglied des Rehabilitationsteams (zur gleichen Zeit in gleicher Weise)

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) die Klientel umfassend über mTBI, die Beeinträchtigungen, die sie erfahren, und den Genesungsverlauf aufklären.

Ganzheitliche Aufklärung zu einem gesunden Lebensstil

Aufklärung über Hirnverletzungen und deren Auswirkung/Konsequenzen bei der Arbeit und RTW Prozess für Arbeitgeber und Arbeitskollegen, Familie

Frühzeitige Aufklärung über Leistungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und über Ansprüche, die er in Zukunft in Anspruch nehmen kann

Eduktion zu Hirnverletzung und Prozesse zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Schlüsselement vieler Interventionen, mündlich, fortlaufender Prozess)

Schulung von Klinikern durch verschiedene Methoden: (Interaktive Gruppensitzungen oder supervidierte Sitzungen, Fallstudien Rollenspiele, Hausaufgaben)

Rolle als Professionsangehöriger (Professional)

festgelegte professionelle Rollen und Verantwortlichkeiten für die Durchführung der verschiedenen Elemente

Alle Beteiligten (Klientel, Familie, Kliniker, Arbeitgeber und ggf. Versicherer) verstehen die Rolle des jeweils anderen.

Legende Quellenangabe

van Dongen et al. (2018)

Gourdeau et al., (2018)

Soeker und Pape, (2019)

Stergiou-Kita et al. (2016)

O'Keefe et al. (2019)

→ 86/102 gleich zugeteilt = 84.3%

→ 16/102 anders zugeteilt = 15.7%

G Zuteilung der gefundenen Ergebnisaspekte durch Sarah Weber

Rolle des Experten (Expert)

Zusammen mit Neuropsychologen erste Bewertung (Ermitteln) der Behinderungen & Fähigkeiten sowie Wünsche der Klientel bezüglich RTW

Merkmale & Anforderungen des Arbeitsplatzes ermitteln

Fähigkeiten und Behinderungen der Klientel in Übereinstimmung mit dem ICF-Modell ermitteln

Therapien mit Klientel → individuelle Unterstützung bezüglich aufgabenorientiertem Rehabilitationstraining (entweder im Rehabilitationszentrum oder am Arbeitsplatz) = Coaching am Arbeitsplatz

Mitarbeiter telefonisch kontaktieren, um Fortschritte zu bewerten und Ratschläge für eine Erhöhung der Arbeitszeit und der Aufgaben zu erteilen

Prognose erörtern für die Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt im Hinblick auf die erreichbaren Arbeitszeiten und Aufgaben

Bei 48/50 Klientinnen und Klienten wurde eine Arbeitsplatzanpassung vorgenommen. Unklar durch wen.

Formelle Anpassungen am Arbeitsplatz mit Arbeitnehmer und anderen Beteiligten besprechen und umsetzen (Geänderte Arbeitsaufgaben/Einschränkungen des Aufgabenbereichs, Schrittweiser RTW, geänderte Arbeitszeiten/Planung, Pausen (→ evt. Pausenmanagement), Gewährung von Zeit für Arzttermine, Wechsel des Arbeitsplatzes, Änderung des Arbeitsweges, Anpassung der Umgebung)

informelle Anpassungen am Arbeitsplatz mit Arbeitnehmer vorstellen und umsetzen (Unterstützung von Mitarbeiter durch Ablösung/Assistenz, Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien zur Bewältigung anhaltender Symptome, Selbstgesteuerte kompensatorische Strategien, um anhaltende Gedächtnisschwierigkeiten und kognitive Herausforderungen zu bewältigen)

RTW Plan initiieren und erstellen (wurde eigentlich vom WSIB gemacht)

(Als medizinische Fachleute) Arbeitnehmer unterstützen, um Kooperation mit WSIB oder Arbeitgeber bezüglich Umsetzung angemessener Anpassungen zu erlangen. / effektiv für Klientel einsetzen und Empfehlungen aussprechen.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) Empfehlungen für Anpassungen für RTW nach mTBI geben.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) Klientel Anpassungen empfehlen.

Massnahmen erfolgreich identifizieren und umsetzen, um sicherzustellen, dass verletzte Arbeitnehmer bei dem RTW unterstützt werden.

Prozess unterstützen, der es der Person mit einer Hirnverletzung ermöglicht, über ihre Einschränkungen und Arbeitsfähigkeiten nachzudenken, um in ihrem arbeits und sozialen Umfeld zurecht zu kommen.

Verbesserung des Selbstwertgefühls und der Motivation der Person, die eine Hirnverletzung erlitten hat, um an der Arbeit und den täglichen Aufgaben teilzunehmen.

Ein Umfeld schaffen, das es der hirnverletzten Person ermöglicht, speziell ihre arbeitsbezogenen Fähigkeiten zu verbessern, wobei sie häufig die Arbeitsaufgaben und das Arbeitsumfeld simuliert an denen die Person vor ihrer Verletzung beteiligt war.

Befähigen der Person, sich unabhängiger an Arbeitsaufgaben auf dem offenen Arbeitsmarkt zu beteiligen, Unterstützung nimmt ab bis sie minimal ist.

Aufbau zwischenmenschlicher Beziehung

Aufbau des positiven Selbstbildes

Zielsetzung thematisieren

Problem lösen trainieren

Aktivitäten zur Verbesserung des Gedächtnisses durchführen

Arbeitsbezogene Aktivitäten (Verwaltungsaufgaben, Computerarbeit, Verpackungsarbeit) durchführen.

Arbeitserprobung durchführen → Arbeitsfertigkeiten in einem realen Arbeitsfeld unter Aufsicht mit Klientel üben.

Reduzieren der Unterstützung, wenn Klientel in ein Arbeitsverhältnis vermittelt wurde.

Einzel- und Gruppensitzungen durchführen

Arbeitsfertigkeiten (Gedächtnis, Konzentration und angemessenes Sozialverhalten) trainieren.

der Klientel helfen, sein neues Arbeitspotenzial zu akzeptieren.

Ein gesundes realistisches Selbstbild der Klientel schaffen.

Soziale Selbsthilfegruppen durchführen

Vermitteln von Bewältigungsstrategien sowie Notfallpläne beim Warten auf eine Arbeitsstelle.

Unterstützung der Klientel während den Anfängen des Arbeitsverhältnisses (Job Coach).

Identifizierung des Evaluierungszwecks und der wichtigsten Interessengruppen

Einholung einer informierten Zustimmung (durch ein zentralisiertes und formalisiertes Verfahren)

Sammlung von Hintergrundinformationen über demografische Daten, sozialer Status, die medizinische, verletzungsbedingte, persönliche und berufliche (work-history)

Vorgeschichte

Evaluieren der anhaltenden Symptome und der physischen, kognitiven, psychosoziale, kommunikative und funktionellen Fähigkeiten

Analyse und Zusammenfassung der Bewertungsergebnisse

Entwicklung von Empfehlungen für die Arbeitsrückkehr in Zusammenarbeit mit den Teammitgliedern.

Beobachtungen der allgemeinen Verhaltensweisen der Person in einem natürlichen Umfeld (teilweise erfüllt)

Beobachtungen der arbeitsbezogenen Fähigkeiten und des Verhaltens der Person während der Ausführung in einer realen Arbeitsumgebung oder, falls nicht verfügbar, bei simulierten Arbeitsaufgaben.

Bewertung der beruflichen Anforderungen im Kontext: Teilnehmer sahen dies als wichtig an, hatten jedoch oft keinen Zugang zum Arbeitsplatz. Fähigkeiten konnten nur im klinischen Umfeld beobachtet werden. Arbeitsanforderungen wurden bei der Klientel erfragt.

Bewertung verfügbarer Hilfen: Sie erkundigten sich bei der Klientel über familiärer Unterstützung und Beziehungen zu Arbeitgebern, sprachen nur wenige über eine eingehende Untersuchung der Arbeitsplatzkultur, spezifische Unterstützungen und Anpassungen am Arbeitsplatz oder Veränderung der Arbeitstätigkeiten.

Bewertung der physischen Arbeitsplatzumgebung und

Bewertung der Arbeitskultur (schwierig umzusetzen wegen dem beschränkten Zugang zum Arbeitsplatz und Arbeitgebern. Dies vermindert bei den Teilnehmenden die Möglichkeit Informationen zur Einstellung und Toleranz gegenüber Behinderten am Arbeitsplatz zu erfahren und über das **Krankheitsbild aufzuklären**. Zudem wird die **Bewertung der Sicherheit am Arbeitsplatz erschwert**. Die Teilnehmer wiesen auch auf eine Reihe von Beschränkungen durch das WSIB hin.

Arbeitsanamnese (Work-history) und Performanz vor der Verletzung (Klientel, Familie, AG, Online Datenbank)

Bewerten von Arbeitsfertigkeiten (häufiger als arbeitsspezifische Fertigkeiten, meistens auf der Station beobachtet)

Bewerten von arbeitsspezifischen Fertigkeiten (anhand simulierten Aufgaben/Umgebung)

Trainieren von Arbeitsfertigkeiten (am häufigsten trainiert, trainiert in Therapiegruppen oder auf Station)

Trainieren von arbeitsspezifischen Fertigkeiten (individuell, tlw mit Virtual Reality-Software zum simulieren von Aufgaben oder Umgebung (hohe Kosten))

Entlassungsplanung (unabhängig davon, ob es den aktuellen Zustand zulässt, koordiniert durch 1 Kliniker, der über die Empfehlung des ganzen Teams informiert wurde)

Barrieren für RTW aufzeigen an community Service

Entwicklung von RTW Plänen

Mit dem Arbeitgeber die Modifizierung der Arbeitsumgebung besprechen

Wenn arbeitsfähig dann setzte sich Koordinator mit AG in Verbindung um Plan für die Rückkehr auszuhandeln.

Organisieren vom follow up Support

Follow up mit der Klientel nach der Entlassung

Kenntnisse über die Auswirkungen neurologischer Beeinträchtigungen auf RTW
Klientel unterstützen beim Prozess der Akzeptanz (Hirnverletzung und neurologische Defizite)
Förderung des Selbstbewusstseins erhöht Engagement bei Interventionen

Rolle des Kommunikators (Communicator)

Alle Beteiligten über die Krankheit sowie Fähigkeiten & Behinderungen der Klientel informieren als Mitglied des Rehabilitationsteams (zur gleichen Zeit in gleicher Weise)

Erfahrungen schildern bezüglich in Trainingswochen aufgetretener Probleme sowie gut gelaufenen Dingen.

Therapien mit Klientel → individuelle Unterstützung bezüglich aufgabenorientiertem Rehabilitationstraining

Klientel und Arbeitgeber darüber informieren, was ihn erwartet und über die Notwendigkeit eines schrittweisen RTW und geänderte Arbeitszeiten.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) der Klientin und dem Klienten beibringen, wie sie sich selbst vertreten können, wenn sie Anpassungen in Fällen beantrage, in denen der Arbeitgeber diesen Prozess nicht unterstützt.

Weiterleitung der Informationen an die Versicherung

Einbeziehung der Perspektive des Arbeitnehmers in den Bewertungsprozess (Arbeitsinteressen und -präferenzen, Selbstwahrnehmung von Fähigkeiten, Arbeitsbereitschaft, etc.): Sichtweise wurde erfragt, aber die Aussagen mussten objektiv überprüft werden, da die Berichte manchmal nicht repräsentativ für ihre tatsächlichen Fähigkeiten waren.

Erfragen der persönlichen Perspektive

Kollaboration zwischen Kliniker, Klientel (wesentlich; aktiv einbeziehen, Verantwortung übergeben, damit er sich aktiv beteiligt)

Kollaboration zwischen Kliniker, Familie (Respektvoller Umgang mit Klientel und Familie)

Kollaboration zwischen Kliniker, AG (Transparente Kommunikation) (seltener, aber wenn dann früh, um vernünftige Erwartung hinsichtlich der Rückkehr aufzustellen)

Klare Weitergabe von Informationen an community Services

Klare Kommunikation des Funktionsniveaus zwischen stationärem Kliniker, community Rehabilitation und Arbeitgeber

Glaube an die zukünftige Arbeitsfähigkeit

Kliniker müssen auch von der Rückkehr zur Arbeitsfähigkeit überzeugt sein

Klientel braucht eine grosse Motivation

Thema Arbeit immer ansprechen, weil sonst die Klientel meint, dass es bedeutet, dass eine Rückkehr unmöglich ist

Rolle des Teamworkers

Als interdisziplinäres Team aktiv mit den anderen am RTW-Prozess Beteiligten zusammenarbeiten, einschliesslich Klientel und ihren Partner/andere wichtige Person, Arbeitgeber, Arbeitsmediziner und eines Mitarbeiters.

Treffen am Runden Tisch

Anforderungen, Erwartungen und Möglichkeiten für den RTW diskutieren.

Gemeinsam Einigung (Konsens) und Einsatzbereitschaft aller Beteiligten für die ersten Schritte RTW bezüglich Arbeitszeiten und Aufgaben erzielen.

Besprechen von Arbeitszeiterhöhung sowie Aufgabenausweitung und Engpässe

Gemeinsames Entscheiden über die Fortsetzung des VR-Programms und Anpassungen hinsichtlich der Arbeitszeiten und Aufgaben

ein integrierter Teamansatz und die Bestimmung eines RTW-Koordinators

ein konsequenter Fokus auf die Erstellung interprofessioneller Arbeitsempfehlungen.

Es wurde empfohlen, alle Beurteilungsergebnisse innerhalb des **interdisziplinären Teams auszutauschen**, um eine einheitliche Vorgehensweise bei der Rückkehr an den Arbeitsplatz und ein einheitliches Feedback für die Klientel und ihre Familie zu gewährleisten.

Struktur im Team (wer ist für was Zuständig, Bestimmung eines Koordinators), Rehabilitationsstruktur

Kollaboration zwischen Kliniker: Beurteilungsergebnisse, Interventionsstrategien und Arbeitsziele (um einen kohärenten Ansatz für die Rückkehr an den Arbeitsplatz zu gewährleisten.)

Kenntnisse haben über RTW Policy and Prozedur

Rolle des Leaders

Eine Guideline hilft

Rolle des Health Advocates

Fürsprecher für Arbeitnehmer sein → sich für Anpassungen stark machen

Sachkundiger Fürsprecher sein, der den Verlauf der Genesung und die Arten der fortlaufenden Beeinträchtigungen kennt, die Menschen mit mTBI erfahren.

Für Erhalt eines schrittweisen RTW und geänderte Arbeitszeiten einsetzen.

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) für den Erhalt der Anpassungen eintreten.

Frühzeitige Aufklärung über Leistungen zur Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und über Ansprüche, die er in Zukunft in Anspruch nehmen kann

Rolle des Lernenden und Lehrenden (Scholar)

(Als Fachleute des Gesundheitswesens) die Klientel umfassend über mTBI, die Beeinträchtigungen, die sie erfahren, und den Genesungsverlauf aufklären.

Ganzheitliche Aufklärung zu einem gesunden Lebensstil

Aufklärung über Hirnverletzungen und deren Auswirkung/Konsequenzen bei der Arbeit und RTW Prozess für Arbeitgeber und Arbeitskollegen, Familie

Edukation zu Hirnverletzung und Prozesse zur Rückkehr an den Arbeitsplatz (Schlüsselement vieler Interventionen, mündlich, fortlaufender Prozess)

Schulung von Klinikern durch verschiedene Methoden: (Interaktive Gruppensitzungen oder supervidierte Sitzungen, Fallstudien Rollenspiele, Hausaufgaben)

Rolle als Professionsangehöriger (Professional)

festgelegte professionelle Rollen und Verantwortlichkeiten für die Durchführung der verschiedenen Elemente

Alle Beteiligten (Klientel, Familie, Klinikern, Arbeitgeber und ggf. Versicherer) verstehen die Rolle des jeweils anderen

Legende Quellenangabe

van Dongen et al. (2018)

Gourdeau et al., (2018)

Soeker und Pape, (2019)

Stergiou-Kita et al. (2016)

O'Keefe et al. (2019)

→ 86/102 gleich zugeteilt = 84.3%

→ 16/102 anders zugeteilt = 15.7%

H Vergleich Zuteilung der Kompetenzen aus den einzelnen Rollen

Naomi Hilpert

	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7
Evaluation		X	X	X	X		
Unterstützung des Selbstfindungsprozesses		X	X		X	X	
Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen	X	X	X	X	X	X	
Therapie am Arbeitsplatz	X	X	X	X	X	X	
Arbeitsplatzanpassungen	X	X	X	X	X	X	
Empfehlungen abgeben	X	X		X	X		
Entlassungsplanung	X	X			X		

	2.1.1	2.1.2	2.1.3
Vertrauensvollen Beziehung	X	X	X
Informationsweiterleitung	X		X

	3.1.1	3.1.2
Austausch mit Beteiligten	X	X
Struktur	X	

	4.1.1	4.1.2	4.1.3
Qualitätsstandards			X

	5.1.1	5.1.2
Fürsprecher		X
Leistungsanspruch	X	

	6.1.1	6.1.2
Eduktion		X
Schulung des Fachpersonals	X	

	7.1.1	7.1.2	7.1.3
Gesundheitsförderung	X	X	

Sarah Weber

	1.1.1	1.1.2	1.1.3	1.1.4	1.1.5	1.1.6	1.1.7
Evaluation		X	X	X	X		
Unterstützung des Selbstfindungsprozesses		X	X			X	
Trainieren von Fertigkeiten und Funktionen	X	X	X	X	X	X	
Therapie am Arbeitsplatz	X	X	X	X	X	X	
Arbeitsplatzanpassungen		X	X	X	X	X	
Empfehlungen abgeben	X	X		X	X	X	
Entlassungsplanung		X			X		

	2.1.1	2.1.2	2.1.3
Vertrauensvollen Beziehung		X	X
Informationsweiterleitung		X	X

	3.1.1	3.1.2
Austausch mit Beteiligten	X	X
Struktur	X	

	4.1.1	4.1.2	4.1.3
Qualitätsstandards			X

	5.1.1	5.1.2
Fürsprecher		X
Aufzeigen von Leistungen	X	

	6.1.1	6.1.2
Eduktion		X
Schulung des Fachpersonals	X	

	7.1.1	7.1.2	7.1.3
Gesundheitsförderung	X		

→ 60/73 gleich zugeteilt oder gleich offengelassen = 82.2%

→ 13/73 nicht gleich zugeteilt oder nicht gleich offengelassen = 17.8%